

**AVALIAÇÃO DE ATITUDES ALIMENTARES E
(IN)SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM
ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO**

Maria de Lurdes Gonçalves Pires

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadoras:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professora Doutora Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira

Bragança, julho de 2018

**AVALIAÇÃO DE ATITUDES ALIMENTARES E
(IN)SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM
ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO**

Mestranda:

Maria de Lurdes Gonçalves Pires

“Trabalho realizado pela mestranda Maria de Lurdes Gonçalves Pires, no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, julho de 2018

Resumo

A Organização Mundial de Saúde (2000) tem-se pronunciado acerca de desequilíbrios no comportamento alimentar e da sua estrita relação com satisfação com a imagem corporal (IC), apelando a uma ideologia de responsabilização individual relativamente às atitudes alimentares dos jovens. Este tema adquire ainda mais pertinência por se tratar de uma problema de saúde pública que pode perpetuar-se ao longo de toda a vida.

Neste contexto, os objetivos deste estudo são: (i) avaliar as atitudes alimentares de estudantes do ensino secundário; (ii) avaliar o seu grau de satisfação com a imagem corporal; (iii) identificar a relação entre as suas atitudes alimentares e o seu grau de satisfação corporal; (iv) analisar a relação entre o grau de satisfação corporal e variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais e (v) analisar a relação entre as atitudes alimentares e variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais.

Efetuiu-se um estudo do tipo observacional, descritivo, analítico e transversal de cariz quantitativo. A amostra é constituída por 184 estudantes do ensino superior, com idades compreendidas entre os 15 e 20 anos, dos quais 101 são do sexo feminino ($16,62 \pm 0,88$ anos) e os restantes 84 do sexo masculino ($16,61 \pm 1,09$ anos). O questionário utilizado inclui um Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes (TAAc) e a Escala de Silhuetas de Collins.

A análise dos resultados à escala TAAc não revela atitudes alimentares disfuncionais (média = 8,61); os resultados à Escala de Silhuetas de Collins indicam que 38% dos inquiridos estava satisfeito com a sua imagem corporal. Os resultados da escala de TAAc em função da satisfação com a imagem corporal indicam que as atitudes alimentares são estatisticamente distintas entre os jovens satisfeitos e não satisfeitos com a silhueta, especificamente nas dimensões *cumprimento da dieta* ($p=0,004$) e *controlo da ingestão alimentar* ($p=0,033$). Do cruzamento satisfação com a silhueta *versus* variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais verificou-se que a imagem corporal está estatisticamente associada ao IMC ($p=0,006$), sendo que a maioria dos estudantes satisfeitos apresenta IMC normal. Por último, as atitudes alimentares parecem estar associadas ao sexo ($p=0,026$), com o sexo feminino a apresentar valores médios mais elevados. Ainda relativamente às atitudes alimentares, a dimensão *controlo*

da ingestão alimentar apresenta diferenças significativas em função do ano de escolaridade $p < 0,001$

Os resultados obtidos realçam a necessidade de novas estratégias multidisciplinares, que permitam intervir ao nível de todos os fatores que podem levar a insatisfação com a imagem corporal (grupo de pares, *media*, estigma). Mais ainda, realça-se a importância de direcionar estas medidas não só aos jovens, mas também a todos os membros da comunidade onde estão inseridos.

Palavras-Chave: Atitudes alimentares, satisfação, Imagem corporal, Estudantes do ensino secundário.

Abstract

The World Health Organization (2000) has been speaking about imbalances in eating behaviors and their strict relation with body image (BI) (dis)satisfaction, appealing to an ideology of individual responsibility towards eating attitudes of the youth. This issue becomes even more pertinent as it is a public health problem that can be perpetuated throughout life.

In this context, the aims of this study are: (i) to assess the eating attitudes of high school students; (ii) to perceive the degree of (dis)satisfaction with their body image; (iii) to identify the relation between their eating attitudes and their bodily (dis)satisfaction; (iv) to verify if there is a relation between the degree of bodily (dis)satisfaction and sociodemographic, academic, anthropomorphic and behavioral variables; and (v) to verify if there is a relation between dietary attitudes and sociodemographic, academic, anthropomorphic and behavioral variables.

An observational, descriptive, analytical, and cross-sectional quantitative study was conducted. The sample includes 184 high school students, aged 15 to 20 years, of whom 101 are female (16.62 ± 0.88 years) and the remaining 84 are male (16.61 ± 1.09 years). The questionnaire used includes a Food Attitudes Test for Children and Adolescents (from Portuguese, Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes - TAAc) and the Collins Silhouettes Scale.

Analysis of the results to the TAAc scale reveals normal eating behaviors (average = 8.61; results to the Collins Silhouettes Scale indicate that 38% of the respondents were satisfied with their body image. The results of the TAAc scale as a function of body image satisfaction indicate that dietary attitudes are statistically different among satisfied and unsatisfied teens with their silhouette, specifically in the *diet compliance* ($p=0.004$) and *food intake control* ($p=0.033$) dimensions. From crossing satisfaction with silhouette *versus* sociodemographic, academic, anthropomorphic and behavioral variables, it was verified that body image is statistically associated with Body Mass Index (BMI) ($p=0.006$), with the majority of satisfied students presenting a normal BMI. Finally, dietary attitudes seem to be associated with the gender ($p=0.026$), where females present higher mean values. Also regarding dietary attitudes, the *food intake control* dimension shows significant differences according to their school year ($p=0.000$).

The obtained results highlight the need for new multidisciplinary strategies to intervene on all factors that may lead to dissatisfaction with body image (peer group, media, stigma). Moreover, we emphasize the importance of targeting not only young people/teens but also all the members of their community.

Keywords: Food attitudes, satisfaction, Body image, High school students.

Lista de Acrónimos e Siglas

APN – Associação Portuguesa de Nutrição

BN - Bulimia Nervosa

DCA - Distúrbios do Comportamento Alimentar

DCASOE - Distúrbios do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

DGS - Direção-Geral de Saúde

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

IC – Imagem Corporal

ICA – Imagem Corporal Atual

ICD – Imagem Corporal Desejada

IMC - Índice de Massa Corporal

NA - Anorexia Nervosa

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

TAAc - Teste de Atitudes Alimentares para crianças e adolescentes

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

**“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”**

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Mais uma etapa chegou ao fim. A sua concretização só foi possível com o apoio de muitas pessoas que, de uma forma ou de outra, deram o seu contributo para a sua realização. Deixo aqui um simples gesto de reconhecimento, gratidão e o meu apreço, pela sua presença, neste percurso.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Adília Fernandes e Professora Doutora Ana Pereira pela excelente orientação, pelas suas sugestões, sempre pertinentes, próprias do rigor científico a que me habituaram e, ainda, pela disponibilidade incondicional bem como o apoio prestado nos momentos de maior dificuldade e algum desânimo. Reconheço e agradeço de forma sincera os incentivos, sugestões e o esclarecimento de dúvidas em várias tarefas desta dissertação. Gratifico a perseverança com que me disciplinaram os diversos conhecimentos e a forma como se empenharam a conduzir este trabalho e a capacidade de síntese. Pela paciência, percutibilidade, serenidade e apoio que demonstraram nos períodos mais “difíceis” na elaboração desta investigação. Pela amizade, partilha, entajuda, confiança e sinceridade, bem hajam.

À amiga e colega Fernanda Paradinha pelo companheirismo, presença e ajuda, tão valiosas, ao longo deste nosso percurso.

À minha família, que nunca me deixou desistir, apoiando-me incondicionalmente, incentivando-me e acreditando nas minhas capacidades e, ainda pela paciência e compreensão com que me presentearam ao longo deste trabalho.

A todos, sem exceção, OBRIGADA, POR TUDO!

Dedicatória:

À minha avó materna *in memory*, pela sua presença, seu carinho, TUDO!

Índice

Comunicações	- 1 -
--------------------	-------

Introdução	- 1 -
------------------	-------

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Adolescência.....	- 6 -
----------------------	-------

2. Preocupação com a Imagem Corporal	- 9 -
--	-------

3. Atitudes Alimentares.....	- 11 -
------------------------------	--------

3.1. Alimentação Saudável	- 12 -
---------------------------------	--------

3.2. Distúrbios do Comportamento Alimentar.....	- 16 -
---	--------

3.2.1. <i>Anorexia Nervosa</i>	- 17 -
--------------------------------------	--------

3.2.2. <i>Bulimia Nervosa</i>	- 18 -
-------------------------------------	--------

3.2.3. <i>Obesidade</i>	- 19 -
-------------------------------	--------

3.2.4. <i>Distúrbios do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação</i>	- 22 -
---	--------

4. Intervenção e Abordagem à Saúde Escolar	- 24 -
--	--------

4.1. Capacitação e Empowerment dos adolescentes	- 25 -
---	--------

4.2. Avaliação Antropométrica	- 26 -
-------------------------------------	--------

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. Contextualização e Questão de Investigação	- 32 -
---	--------

2. Metodologia.....	- 34 -
---------------------	--------

2.1. Tipo de Estudo	- 34 -
---------------------------	--------

2.2. Variáveis	35 -
2.2.1. Variáveis Independentes	35 -
2.2.2. Variáveis dependentes	36 -
2.3. População e Amostra	36 -
2.4. Instrumentos de Recolha de Dados.....	37 -
2.5. Procedimentos Éticos e de Recolha de Dados	41 -
2.6. Estratégia de Análise e Tratamento de Dados	42 -
3. Apresentação e Análise dos Resultados.....	44 -
3.1. Caraterização antropométrica e sociodemográfica	44 -
3.2. Caraterização escala TAAc.....	47 -
3.3. Caraterização escala de silhuetas de Collins.....	50 -
3.4. Inferência estatística	53 -
4. Discussão dos Resultados.....	60 -
Conclusões Finais e Perspetivas Futuras.....	67 -
Referências Bibliográficas	69 -
Anexos.....	81 -
Anexo I – Questionário Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com a Imagem Corporal	82 -
Anexo II- Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados ao Diretor do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia de Bragança	88 -
Anexo III – Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados aos Encarregados de Educação	91 -

Anexo IV – Pedido e autorização para a utilização do Teste de Atitudes Alimentares
para Crianças e Adolescentes – TAAc “Children Aating Atitudes; Malloney, 1988”....

- 94 -

Anexo V - Pedido e autorização para a utilização da Escala de Silhuetas de Collins... -

97 -

Anexo VI – Projeto de Intervenção- 100 -

Anexo VII – Relatório de Estágio- 120 -

Índice de Figuras

Figura 1 – Nova Roda dos Alimentos-----	14 -
Figura 2 - Cinco áreas de atuação do PNPAS -----	15 -
Figura 3- Cálculo do Índice de Massa Corporal -----	27 -
Figura 4 - Escala de Silhuetas de Collins -----	40 -

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação do IMC em adultos de acordo com o risco -----	20 -
Tabela 2 - Relação do perímetro da cintura com o risco de complicação metabólica-	20 -
Tabela 3- Caracterização antropométrica por sexo -----	44 -
Tabela 4 - Caracterização do ano de escolaridade, da prática de desporto, local habitual de almoço, forma de deslocar para a escola e proveniência por sexo -----	46 -
Tabela 5 - Caracterização dos itens da escala TAAc -----	49 -
Tabela 6 - Caracterização da escala TAAc -----	50 -
Tabela 7 - Caracterização da escala de silhuetas de Collins por sexo -----	51 -
Tabela 8 - Caracterização da satisfação da imagem corporal -----	52 -
Tabela 9 - Caracterização da imagem -----	53 -
Tabela 10 - Comparação dos resultados da escala TAAc -----	55 -
Tabela 11 - Cruzamento da variável satisfação com silhueta versus: sexo, ano de escolaridade, da prática de desporto, IMC, local habitual de almoço, forma de deslocar para a escola e proveniência -----	58 -
Tabela 12 - Resultados da escala TAAc para satisfação com imagem corporal -----	59 -

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Caraterização do IMC em função do sexo----- 45 -

Gráfico 2 - Caraterização das habilitações dos pais----- 47 -

Comunicações

Parte ou partes da presente dissertação foram apresentadas nos seguintes eventos:

- Pires, Maria de Lurdes Gonçalves; Fernandes, Adília; Pereira, Ana Maria Geraudes Rodrigues (2017) - Avaliação de atitudes e comportamentos alimentares em adolescentes de uma comunidade escolar. Acta Portuguesa de Nutrição. Porto. ISSN 2183-5985. p. 51-51;
- Pires, Maria de Lurdes Gonçalves; Fernandes, Adília; Pereira, Ana Maria Geraudes Rodrigues (2017) - Avaliação de atitudes e comportamentos alimentares em adolescentes de uma comunidade escolar. In XVI Congresso de Nutrição e Alimentação da Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Lisboa;
- Pires, Maria de Lurdes Gonçalves; Fernandes, Adília; Pereira, Ana Maria Geraudes Rodrigues (2017) - Comportamento alimentar em estudantes do ensino secundário. In V Encontro de Jovens Investigadores. Bragança;
- Pires, Maria de Lurdes Gonçalves; Fernandes, Adília; Pereira, Ana Maria Geraudes Rodrigues (2018). Evaluation of the (in)satisfaction of the body image in high school students. In XVII Congress of Food and Nutrition. Lisboa.

Introdução

Os Distúrbios do Comportamento Alimentar (DCA), representados pela Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e pelos Distúrbios do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (DCASOE), são transtornos frequentemente crónicos e associados a um elevado índice de morbilidade. Do ponto de vista social e de Saúde Pública, os DCA têm vindo a ganhar importância, nos países desenvolvidos, devido ao aumento da sua prevalência e incidência, nas últimas décadas (Fairburn, 2003).

A silhueta é cada vez mais uma preocupação dos jovens, bem como a insatisfação com a mesma (Smolak, 2004). A imagem corporal que os jovens têm deles próprios e a imagem corporal que os pares têm deles é uma preocupação permanente e, essa preocupação aumenta, ainda mais, quando estes sentem que os olhares externos os veem como tendo excesso de peso (Neumark-Sztainer, 2011).

A deteção precoce e a prevenção desses problemas são deveras importantes e de grande prioridade, uma vez que afetam uma percentagem considerável da população adolescente, que se manifestam em idades mais precoces e podem ficar presentes para toda a sua vida (Teixeira, 2012).

A adolescência por si só é uma fase da vida em que a imagem à semelhança com os seus pares e a opinião dos amigos é muito importante, mas é também uma fase em que se deve colmatar alguma falta de esclarecimentos e conhecimentos. É uma etapa da vida em que se podem reter conhecimentos e adquirir comportamentos mais saudáveis e projetar uma melhoria dos jovens adultos. Este estudo foi pensado de forma a avaliar atitudes alimentares e a satisfação com a imagem corporal para promover e capacitar os adolescentes a assumirem comportamentos saudáveis.

Para obter respostas relativas aos comportamentos e satisfação da imagem corporal dos adolescentes, colocam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as atitudes alimentares dos estudantes do ensino secundário?
- Qual o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário?

- Existe relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação corporal em estudantes do ensino secundário?
- A satisfação corporal está relacionada com variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais?
- As atitudes alimentares estão relacionadas com variáveis sociodemográficas académicas, antropométricas e comportamentais?

Os objetivos deste estudo passam por: (i) Avaliar as atitudes alimentares através do Teste de Atitudes Alimentares para crianças e adolescentes (TAAc) dos estudantes do ensino secundário, (ii) Avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário, (iii) Identificar a relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário, (iv) Analisar a relação entre o grau de satisfação Corporal e variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais e (v) Analisar a relação entre as atitudes alimentares e variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio I/Trabalho de Projeto, que decorreu na Unidade funcional Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), elaborou-se um projeto de investigação que foi concretizado no Estágio II/Trabalho de Projeto, no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. O estudo efetuado é de tipo observacional, descritivo, analítico e transversal de cariz quantitativo. A amostra é constituída por 184 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos a frequentar o ensino secundário (10º, 11º e 12º ano) no Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, na cidade de Bragança.

Durante a realização da investigação houve a possibilidade de realizar um estágio na Unidade Escolar onde, de acordo com o objetivo e programas de promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, atuámos, intervindo junto da comunidade jovem, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar, que se apresenta em anexo em forma de Relatório de Estágio. Concluído o estudo foi elaborado um Projeto de Intervenção – ***Corpo Saudável/Mente Sã*** – que visou intervir na população estudada, mercê dos resultados obtidos ao nível das atitudes alimentares e da satisfação com a imagem corporal em adolescentes do ensino secundário, com o intuito de poder reduzir e/ou minimizar os comportamentos de risco, nomeadamente ao nível da prevenção do excesso de peso e da

obesidade, procurando, assim, a obtenção de ganhos em saúde para os intervenientes e, por consequência para a própria comunidade e sociedade através de atitudes alimentares positivas e intervenções específicas no âmbito da prevenção e controlo do excesso de peso, obesidade e consequentemente insatisfação com a imagem corporal (anexo1)

Durante os estágios anteriormente mencionados foi possível desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária vertidas no Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro (art.º 4, p. 8667):

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacidade de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na Parte I é feito o enquadramento teórico do tema, onde se efetuou uma revisão de literatura. A Parte II engloba a metodologia utilizada no estudo em questão e, consequente, análise e discussão dos resultados.

PARTE I

Enquadramento Teórico

1. Adolescência

A palavra adolescência deriva do latim *adolescere*, que tem como significado “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Ferreira & Nelas, 2006, p.142). De acordo com Davim, Germano, Menezes e Carlos (2009), a adolescência é caracterizada como o período compreendido entre a infância e a vida adulta, marcada como um tempo de transição. Neste contexto, Lírio (2012), confirma que é durante este período que surgem as primeiras características e sinais de maturidade, que culminam com a realização social.

Jean Piaget, enquanto psicólogo do desenvolvimento, descreve os adolescentes pelas suas capacidades de relações sociais como pela lógica e estrutura nas relações, para a descoberta do seu “eu”. O raciocínio hipotético dedutivo, é utilizado no pensamento experimental, lógico e matemático, que por norma atinge o seu pleno aos 14 – 15 anos (Silva, Viana & Carneiro, 2011).

No âmbito da psicanálise, Freud, defendeu o desenvolvimento humano e mental baseando-se na psicosexualidade. Na sua visão, a adolescência é definida como um período de mudança, transformações e modificações, a nível físico, cognitivo e intelectual. Ao criar a sua identidade, fixa-se em si próprio e surge o egocentrismo, defende as suas crenças pelo pensamento lógico, indo ao encontro do que ressaltava Piaget. Ainda para o pai da psicanálise, Freud, a procura da identidade e a relação de pares é uma conquista, de maior independência. Os cinco estádios de desenvolvimento psicosexual, descritos à época por Freud, fazem referência ao desenvolvimento da criança, ao estágio genital, puberdade que corresponde à adolescência, período de iniciação a novas relações e a experiência e troca de intimidade (Silva, Viana & Carneiro, 2011).

Para Silva, Viana e Carneiro (2011), a adolescência é um ciclo de crescimento muito complexo a diversos níveis. Os sistemas envolvidos neste crescimento, passam pela família, escola, sociedade em geral e a cultura, essenciais para a construção do ego de cada indivíduo. No entanto, a relação de pares é o que mais peso tem e com o qual se melhor identificam.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995) descreveu a adolescência como uma etapa que é marcada pelo crescimento e desenvolvimento acelerado (Zordão, 2015). Ainda segundo a OMS, a adolescência foi definida em 2007, como o período compreendido entre os 10 e 19 anos de idade (Fortes & Ferreira, 2012).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF, tem como grande objetivo promover a defesa dos direitos das crianças, ajudar a dar resposta às suas necessidades e contribuir para o seu desenvolvimento. Esta organização apresenta três razões para justificar a dificuldade em definir o conceito de adolescência, de forma precisa. A primeira dificuldade assenta nas diversas formas como cada individuo vivencia esta fase da vida, dependendo do seu nível de maturidade física, emocional e cognitiva e ainda tendo em conta o seu contexto envolvente familiar e social. A segunda dificuldade surge pelo facto de não existir concordância da idade legal a nível mundial, certos assuntos tornam-se complicados de lidar, como é o caso da idade de início da atividade laboral, dos casamentos e outros, onde os jovens têm de assumir papéis que os privam de viver a sua infância e adolescência (UNICEF, 2011).

Existe uma preocupação em delimitar uma idade cronológica, para a definição do conceito de adolescência. Com base neste pressuposto a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004a) assumiu que a idade entre os 10 e os 19 anos era a adequada, por outro lado a Organização das Nações Unidas (ONU) em 2011, considera a faixa etária entre os 15 e os 24 anos. Numa última instância, em 2011 a UNICEF propôs a divisão por experiências que separam os adolescentes dos jovens adultos, em que numa fase inicial decorre entre os 10 e os 14 anos e, a fase final, ocorre entre os 15 e os 19 anos (UNICEF, 2011).

Esta etapa do ciclo vital humano é marcada por diversas alterações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, que exigem adaptações para a vida adulta, com aquisição de novas práticas, comportamentos e autonomia. Estas mudanças podem influenciar diretamente na construção da sua imagem corporal (Fortes, 2012; Zordão, 2015).

As transformações biológicas e as alterações da personalidade, normalmente acontecem paralelamente, alterando também a imagem mental. É na adolescência, que a imagem corporal é frequentemente idealizada, não correspondendo à imagem real. A perspetiva ideal de beleza, muitas vezes associada ao sucesso, difundida pelos meios de comunicação social, pode desencadear um processo de negação culminando com a insatisfação corporal. Fatores biológicos, psicológicos e familiares podem também contribuir para a satisfação da imagem corporal (Zordão, 2015).

Relativamente aos hábitos alimentares, existe um interesse pertinente nesta fase da vida, uma vez que a alimentação é um dos principais fatores que influencia o crescimento e o

desenvolvimento. Os hábitos adquiridos nesta fase marcam os comportamentos alimentares quando adulto (Aguirre, 2002, citado por Andrade, 2011). Na adolescência há maior participação em atividades sociais, o que promove um maior número de refeições fora de casa e a procura de maior autonomia (Godoy, 2006, citado por Andrade, 2011).

A independência e os padrões de dieta e ainda prática do exercício físico, ganham importância e são estabelecidos padrões de independência, podendo estes ser adotados para a vida adulta. Os adolescentes, por norma, constituem um grupo saudável quando comparados com outros grupos etários, não descurando que muitas doenças graves na idade adulta têm a sua origem na adolescência (ACS, 2009, citado por Andrade, 2011).

É de destacar a importância das vertentes família, escola e grupo de pares como fatores fundamentais na construção e solidificação da identidade do adolescente e na criação de hábitos alimentares saudáveis e da sua imagem corporal ideal.

2. Preocupação com a Imagem Corporal

A imagem corporal é um conceito transversal a toda humanidade, muito ligada à identidade pessoal. A preocupação com a aparência é uma constante na nossa sociedade, e no caso dos adolescentes por estarem mais sujeitos a essa pressão e a um grande número de alterações físicas e psicológicas, é necessária alguma atenção para que essa preocupação não seja excessiva (Castilho, 2003).

O conceito de Imagem Corporal engloba vários processos, sendo eles fisiológicos, psicoafetivos e sociais, em constante interação. Pode ser descrita como a construção psicológica que se refere às avaliações das pessoas sobre a sua aparência física (Vaz Silva, Rego & Viana, 2010).

A Imagem Corporal segundo Adami, Fernandes, Frainer e Oliveira (2005, p.1) é considerada:

“Um complexo fenômeno que envolve aspetos cognitivos, afetivos, sociais/culturais e motores. Está intrinsecamente associada com o conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive. O seu processo de construção/desenvolvimento está associado, nas diversas fases da existência humana, às concepções determinantes da cultura e sociedade. Na história ocorreram modificações das formas de apresentação e representação dessa imagem, com consequências notáveis na relação intra e extramuros corporais.”

A imagem corporal é construída por aquilo que o indivíduo vê no espelho e que estrutura mentalmente sobre si mesmo, dependente da aprovação dos “padrões estéticos” (Silva & Lange, 2010).

Outro juízo, intimamente ligado com a imagem corporal é o autoconceito, que se define pelo conhecimento que o próprio indivíduo desenvolve sobre si, o conhecimento de aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais. É um conceito multidimensional que pode ser dividido em três componentes básicos: o cognitivo, o afetivo e o comportamental. A componente cognitiva é vista com um conjunto de características que determina a sua personalidade e o seu comportamento, podendo ser ou não real e/ou objetiva. A componente afetiva abrange os sentimentos e as emoções que o próprio indivíduo sente por si mesmo, ou

seja, a auto-estima. A componente comportamental refere-se ao juízo que o indivíduo faz sobre si mesmo (Martins, Nunes & Noronha, 2008).

Com o pretexto de atingir a satisfação da sua imagem corporal, que para os adolescentes é corresponder aos ideais estéticos da cultura, adotam comportamentos desadequados como dietas extremas, a prática de exercício físico em excesso e começam a utilizar diuréticos e laxantes (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2009; Zordão, 2015).

A deteção precoce de certos distúrbios alimentares e a prevenção desses mesmos transtornos são essenciais, e para tal existem vários instrumentos para avaliar as atitudes alimentares.

3. Atitudes Alimentares

Segundo Kittler e Sucher (2004), citados por Pinto (2017), os adolescentes desejam consumir aquilo que os seus pares consomem, procurando afirmar-se e estabelecer uma forma de expressão e diferenciação. Arcan, Neumark-Sztainer, Hannan, Van Den Berg, Story e Larson (2007), reforçam esta ideia, referindo que os jovens ao longo da adolescência alteram as suas dietas e estas podem ser influenciadas por vários fatores.

Fitzgerald *et al.* (2009) referem que os adolescentes têm consciência que as escolhas alimentares têm impacto na aparência da imagem corporal. Segundo estes autores, existem oito fatores que determinam a opção alimentar das crianças e adolescentes, nomeadamente, o conhecimento, as preferências alimentares, as perceções de alimentação saudável, ambiente familiar, influência dos pares, influência da escola, publicidade alimentar e características do estilo de vida.

Num estudo desenvolvido por Lally, Barttle e Wardle (2011) os adolescentes tendem a apreciar e a extrapolar as escolhas alimentares dos seus pares, amigos e companhias, consumindo poucas frutas e vegetais e mais snacks e refrigerantes.

As atitudes e comportamentos alimentares são adquiridos e desenvolvidos ao longo da vida, desde a infância e adolescência por influência do seio familiar e da sociedade. O padrão alimentar, que é traduzido pelas atitudes alimentares, é gerado por um processo de desenvolvimento e socialização. Este é o resultado de influências familiares e sociais, desde o seio familiar, conhecimento escolar, acesso à multiculturalidade e nível social (Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010).

As recomendações nutricionais têm como finalidade o fornecimento de diretrizes de modo a assegurar um estado nutricional adequado, uma boa saúde e qualidade de vida. Na adolescência e na idade adulta, estas recomendações procuram prevenir doenças crónicas de base nutricional que possam surgir ao longo da vida (Story, 2005, Pavlovic, 2007 & Gil, 2010, citados por Andrade, 2011).

Existe, na adolescência um aumento da velocidade e do crescimento corporal, alcançando-se o pico da massa óssea e cerca de 50% do peso definitivo e 20% da altura de adulto (Marúgan de Miguelsan, 2010 & Spear, 2005, citados por Andrade, 2011).

De acordo com o explanado, salienta-se que as necessidades nutricionais de cada indivíduo variam de acordo com a idade, o sexo, estatura e peso, intensidade de atividade física e intelectual.

3.1. Alimentação Saudável

A preocupação com a promoção de uma alimentação saudável é cada vez maior, também em Portugal.

Existe cada vez mais uma preocupação na promoção de uma alimentação saudável, e Portugal não foge à regra, onde as campanhas de cariz de educação alimentar assumiram especial destaque, sendo as crianças e jovens um alvo de grande importância (DGS, 2005a; DGS, 2006a; DGS, 2006b; DGS, 2017a).

A alimentação, o próprio ato de comer, é algo essencial e fundamental para o crescimento e desenvolvimento humano. É um processo básico, uma necessidade humana básica onde a qualidade e quantidade de comida ingerida dependem dos fatores culturais. Pode constatar-se que existem diversos fatores que influenciam a alimentação e as próprias atitudes alimentares, destacando-se os fatores biológicos, psicológicos, emocionais, económicos, sociais e culturais (Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010).

A etiologia da palavra dieta, vem do grego *diaita* que tem o significado de vida equilibrada, que se preconizou traduzir através da Dieta Mediterrânica, que teve na sua origem o estudo dos hábitos alimentares das populações da Grécia e do sul da Itália, nos anos 50 e 60 do século XX. A dieta mediterrânica é considerada um estilo de vida marcado pela diversidade e foi considerada pela UNESCO como Património Cultural Imaterial da Humanidade (APD, 2016).

Considera-se a Dieta Mediterrânica, um “conjunto de conhecimentos, transmitidos de geração em geração, constantemente recriado pelas comunidades e capaz de lhes proporcionar um sentimento de identidade e de continuidade, promovendo o respeito pela diversidade cultural e criatividade humana” (DGS, 2016a). Neste contexto, a Dieta Mediterrânica é muito mais do que um regime nutricional. A adesão a este tipo de dieta

permite a realização de uma alimentação equilibrada, variada e com nutrientes adequados, determinantes para o bem-estar (APD, 2016).

Este padrão alimentar é reconhecido por ajudar a obter efeitos favoráveis no estado de saúde dos indivíduos, ter uma repercussão a nível económico e ambiental sustentável. O conceito de Dieta Mediterrânica é representado através de uma imagem que ajuda a selecionar e a combinar os melhores alimentos, que devem estar incluídos na nossa alimentação diária. Portugal tem todo o potencial para ter uma alimentação mediterrânea, quer pelo seu clima e geografia, mantendo os padrões de sazonalidade e tradição de alimentos característicos da Dieta Mediterrânica (APN, 2014).

No sentido de obter ajuda na escolha correta de alimentos e sua combinação, assim como as suas proporções diárias, foi criada uma imagem ou representação gráfica, denominada Roda dos Alimentos. Esta representação em forma de círculo é dividida em segmentos de diferentes tamanhos designados por grupos que reúnem alimentos com características nutricionais semelhantes (DGS, 2016c).

A Roda dos Alimentos Portuguesa foi criada em 1977, no âmbito da campanha “Saber comer é saber viver”. Com a evolução e com o intuito de melhorar cada vez mais a qualidade e quantidade da alimentação, houve necessidade de uma reestruturação e adaptação para a atual e Nova Roda dos Alimentos. Mantendo-se a sua forma circular, as principais alterações desta Roda dos Alimentos são a subdivisão de alguns dos anteriores grupos e o estabelecimento de porções diárias equivalentes, explicadas num Guia para a escolha alimentar diária (DGS, 2016c).

Na Figura 1 está representada a Nova Roda dos Alimentos, que é constituída por sete grupos de alimentos, em diferentes porções.

Fonte: Nutrimento/Direção-Geral da Saúde (Setembro 2015)

A Dieta Mediterrânea assenta em vários princípios fundamentais como a prática regular de exercício físico, o descanso correto, a biodiversidade e a sazonalidade, a partilha de refeições e tradições (APD, 2016 e APN, 2016).

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) foi um dos programas assinados por Despacho a 3 de janeiro de 2012 pelo Ministério da Saúde, com o intuito de melhorar o estado nutricional da população em geral, incentivando o consumo de alimentos saudáveis, promovendo a realização de atividade física e disponibilidade económica de alimentos, para se optar por uma dieta diária saudável. A implementação de uma alimentação saudável, acarreta na sociedade uma melhoria do estado nutricional com repercussões na saúde das populações, nomeadamente protegendo contra doenças cardiovasculares, oncológicas, entre outras (DGS, 2016a).

O PNPAS é programa nacional de alimentação designado por “um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e saúde da população” (DGS, 2016a).

Os objetivos do PNPAS são distribuídos pelas seguintes áreas: Realidade Portuguesa, Orientações, Biblioteca Alimentar, Profissionais e Parcerias e Projetos (Figura 2).



Figura 2 - Cinco áreas de atuação do PNPAS

Fonte: DGS, PNPAS (2016a).

Em 2017, foi publicado um documento pela DGS com o ponto da situação relativamente ao estado alimentar e nutricional nacional, referente ao ano de 2016. Neste documento, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017, as principais conclusões demonstram que o principal responsável pela perda de anos de vida saudável dos portugueses, é comer mal e que a obesidade é o maior problema de saúde pública. Outra conclusão a nível nacional é que a obesidade e outras doenças, como a diabetes, são mais comuns em classes mais baixas. Com isto, é necessário agir não só no sector da saúde, mas também juntos dos produtores, supermercados e restaurantes (DGS, 2017a).

3.2. Distúrbios do Comportamento Alimentar

Existe uma grande pressão sociocultural que estabelece padrões de beleza e ideais de perfeição associados a silhuetas magras. Nesta linha de pensamento, os adolescentes tendem a procurar alcançar a aparência física perfeita tornando-se um problema quando buscam esse ideal trocando os hábitos saudáveis por técnicas não saudáveis de controlo de peso, o que pode desencadear distúrbios do comportamento alimentar (Martins, Nunes & Noronha, 2008).

É sabido que a alimentação é muito importante para o desenvolvimento de todo o ser humano. O padrão alimentar que rege as nossas vidas reflete-se na saúde física e mental permitindo o aproveitamento total do capital genético que nos identifica. Quando esse padrão alimentar varia, orientado pelas atitudes alimentares inadequadas, surge a consequente insatisfação corporal, originando distúrbios do comportamento alimentar (Fortes, Paes, Amaral & Ferreira, 2012).

Os transtornos ou distúrbios alimentares traduzem-se em comportamentos, quer pelo excesso, quer pela falta de ingestão de alimentos. A deteção precoce e a prevenção desses problemas são de extrema importância e prioridade, uma vez que afetam uma percentagem avultada da população adolescente e atualmente começa a manifestar-se em idades mais precoces e, por vezes, permanecem toda a vida (Teixeira, 2012).

Os distúrbios do comportamento alimentar, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5] (2014), são perturbações da alimentação e da ingestão,

que resultam na alteração do consumo ou absorção dos alimentos que provoca défice na saúde física ou no funcionamento psicossocial.

O DSM-5 (2014) considera e descreve as perturbações da alimentação e ingestão: pica, mericismo, perturbação da ingestão alimentar evitante/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Embora existam algumas características comportamentais e psicológicas comuns, para estas perturbações alimentares e de ingestão, é de considerar que estas diferem significativamente no seu percurso clínico, prognóstico e necessidades de tratamento. A Obesidade não está incluída no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, 2014), por não ser considerada uma perturbação mental.

3.2.1. Anorexia Nervosa

Existem três características fundamentais para o diagnóstico da anorexia nervosa, em que a primeira característica prende-se com o facto de existir uma restrição continua e obstinada no consumo de alimentos e fontes de energia; a segunda característica é a revelação de medo excessivo em ganhar peso, engordar e de comportamentos que comprometem o ganho de peso; a terceira e última característica está associada à perturbação da perceção do próprio corpo, forma/imagem corporal e peso (DSM-5, 2014).

A classificação da Anorexia deve ser regida pelos valores de Índice de Massa Corporal (IMC) segundo as categorias da Organização Mundial da Saúde para magreza (DSM-5, 2014):

- Ligeira: $IMC \geq 17 \text{ Kg/m}^2$
- Moderada: $IMC 16 - 16,99 \text{ Kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15 - 15,99 \text{ Kg/m}^2$
- Extrema: $IMC < 15 \text{ Kg/m}^2$

O nível de gravidade deve seguir os sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão (DSM-5, 2014).

A Anorexia Nervosa, de acordo com o DSM-5 (2014), tem dois subtipos que, normalmente, não se alteram com a evolução da perturbação e é segundo os sintomas descritos que se dividem os subtipos. Existem indivíduos que apresentam um padrão de ingestão compulsiva/purgatória com recurso à indução do vômito, ao uso de laxantes, diuréticos e, por vezes, enemas. Outro subtipo reflete-se em indivíduos quando estes utilizam métodos purgativos, constantemente, após a ingestão de pequenas quantidades de comida. Esta perturbação afeta particularmente mulheres jovens, sendo estimado um valor de 0,4%.

3.2.2. *Bulimia Nervosa*

Os indivíduos com Bulimia Nervosa geralmente apresentam um peso corporal e um IMC normal ou ligeiramente acima do padrão normal, $IMC \geq 18,5$ e < 30 , existindo em menor escala em indivíduos obesos. Os indivíduos com este distúrbio alimentar usualmente após a ingestão alimentar compulsiva, restringem o consumo calórico e fazem uma seleção de alimentos de baixo teor calórico, evitando todos aqueles que considerem que fazem engordar. Existem complicações diretas para os indivíduos que sejam portadores deste distúrbio. As mais evidentes são no caso das mulheres as irregularidades no ciclo menstrual ou amenorreias. Pode-se observar também alterações hidroeletrólíticas devido ao comportamento purgativo e menos frequente, as varizes esofágicas, ruturas gástricas e arritmias cardíacas. Os sintomas gastrointestinais são muitas vezes associados a Bulimia Nervosa, assim como o prolapso retal, devido ao uso excessivo de laxantes (DSM-5, 2014).

Conforme o DSM-5 (2014) as três características básicas para o diagnóstico da Bulimia Nervosa são os episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal e a própria avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal.

Existe um período de ocorrências, para a qualificação diagnóstica, entre os comportamentos de ingestão compulsiva e os de compensação inapropriada, que em média ocorrem pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses.

Os indivíduos com este tipo de perturbação sentem-se envergonhados pelos seus problemas alimentares e tentam ocultar os seus sintomas. A afetividade negativa normalmente está por

detrás de alguns destes distúrbios, assim como, acontecimentos stressantes ou deprimentes (DSM-5, 2014).

A prevalência de Bulimia Nervosa em mulheres jovens é estimada com um valor de 1% a 1,5%. Esta perturbação apresenta um pico no final da adolescência e início da idade adulta, considerando que a prevalência pontual é mais elevada em adultos jovens. Como se verifica na Anorexia Nervosa, o valor da prevalência nos homens, da Bulimia Nervosa não é conhecida (DSM-5, 2014).

3.2.3. *Obesidade*

“A Obesidade é uma condição de excesso de acumulação de gordura no tecido adiposo, num grau que pode afetar a saúde” (Garrow, 1988; WHO, 1997; WHO, 2000; citado por Carmo, Fagundes & Brito (2012, p. 21)).

Relativamente à sobrecarga ponderal a Organização Mundial da Saúde estabeleceu uma classificação relativamente ao IMC, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação do IMC em adultos de acordo com o risco

Classificação	IMC	Risco de Comorbilidade
Baixo peso	$< 18,5$	Baixo (risco de outros problemas clínicos)
Faixa normal	$18,5 - 24,9$	Médio
Peso excessivo	≥ 25	
Pré-obesidade	$25 - 29,9$	Aumentado
Obesidade classe I	$30 - 34,9$	Moderado
Obesidade classe II	$35 - 39,9$	Severo
Obesidade classe III	≥ 40	Muito severo

Fonte: Carmo, Fagundes & Brito (2012)

Relativamente à relação entre o perímetro da cintura com o risco de complicação metabólica, está demonstrado na Tabela 2 (Carmo, Fagundes & Brito, 2012).

Tabela 2 - Relação do perímetro da cintura com o risco de complicação metabólica

Risco de complicações metabólicas	Perímetro da cintura	
	Homens	Mulheres
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

Fonte: Carmo, Fagundes & Brito (2012)

Num estudo promovido pela OMS (2007) em 32 países, constatou-se que a prevalência da pré-obesidade e obesidade nos países do sul da Europa registava um valor superior em relação aos países da Escandinávia nestas duas classificações (pré-obesidade e obesidade). No mesmo estudo, e comparativamente aos países do sul da Europa e dos países da Escandinávia, a prevalência de pré-obesidade e obesidade em Portugal ocupava o 5º lugar para o grupo etário dos 13 anos e o 8º lugar para os rapazes do grupo etário dos 15 anos (Carmo, Fagundes,& Brito, 2012).

Outro estudo realizado em Portugal (Sousa, 2010) no ano letivo de 2007/2008, abrangeu adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade, que frequentavam o 2º e 3º ciclos e secundária de todo o Portugal Continental. Num total de 5708 adolescentes observados 22,6% encontravam-se em situação de pré-obesidade e 7,8% de obesidade.

A Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO), em 2009 desenvolveu um estudo de prevalência com o apoio da Direção-Geral de Saúde, dirigido a crianças dos 2 aos 5 anos e adolescentes entre os 11 e os 15 anos. Neste estudo, os resultados revelaram 16,9% de adolescentes em situação de pré-obesidade e 11,3% obesos (Carmo, Fagundes & Brito, 2012).

Existe uma variedade de fatores que contribuem para a obesidade, entre eles os fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais, que afetam os indivíduos de formas diferentes. Segundo o DSM-5 (2014), a obesidade pode ser uma consequência do consumo de alguns fármacos, podendo ser um fator de risco para o desenvolvimento de outras perturbações, nomeadamente perturbações depressivas (DSM-5, 2014).

Em 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos, apresentavam um IMC acima do ideal, o que correspondia a 39% da população mundial. Destes, mais de 600 milhões eram obesos, ou seja, 13% da população mundial. O número de crianças com menos de 5 anos com sobrepeso ou obesidade foi estimado em 41 milhões (WHO, 2016).

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (2016) a epidemia do século XXI, por se crer que 40% dos adultos e um terço das crianças tenham excesso de peso. A

obesidade a nível mundial mais que duplicou desde 1980 sendo uma comorbilidade que pode ser mais fatal que o baixo peso (WHO, 2016).

Em 2016, a Assembleia Mundial da Saúde elaborou o relatório da Comissão sobre o fim da obesidade infantil e as suas seis recomendações para abordar o ambiente obesogénico e períodos críticos no curso da vida para combater a obesidade infantil (WHO, 2016).

3.2.4. Distúrbios do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

Nesta categoria enquadram-se distúrbios com sintomas característicos de uma perturbação alimentar causando mal-estar clinicamente significativo ou alguma alteração a nível social, laboral ou noutras áreas que afetam o quotidiano normal de um indivíduo (DSM-5,2014). Esta denominação é utilizada quando o clínico não tem dados suficientes para diagnosticar uma patologia específica ou em situações em que os dados recolhidos não preenchem os critérios para nenhuma perturbação da alimentação ou da ingestão específica, não sendo possível classifica-la.

Os Distúrbios do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (DCASOE), de acordo com dados recolhidos em clínicas de ambulatório, representam, em média, 60% de todos os casos, comparativamente com 14,5% dos pacientes com anorexia nervosa e 25,5% dos utentes com bulimia nervosa (Fairburn, Cooper, Doll & Davies, 2005).

A incidência da Anorexia Nervosa em mulheres entre os 15 e os 19 anos de idade tem aumentado consistentemente desde 1930, atingindo o seu pico em meados dos anos 70; desde então parece que tem permanecido estável na Europa (Hoek, 2006).

Hoek (2006), numa revisão da literatura sobre a incidência das perturbações do comportamento alimentar, sistematizou os principais resultados obtidos até então. Assim, entre 1935-1989 em Rochester, Minnesota, USA, a incidência da anorexia nervosa foi estimada em 8,3 por 100 000 habitantes por ano. No Reino Unido foi calculada, durante o ano de 2000, em 4,7, comparativamente com 4,2 por 100 000 habitantes por ano durante 1993. Na Holanda, entre 1985-1989, a incidência da anorexia nervosa foi estimada em 7.4 por 100 000 habitantes ano; estes resultados são comparáveis com os obtidos durante 1995-1999.

Num estudo realizado na Finlândia, a taxa de incidência da anorexia nervosa foi duas vezes mais elevada do que a que tem sido obtida nos estudos referidos (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). Assim, a taxa de incidência da anorexia nervosa em jovens entre os 15 e os 19 anos de idade foi estimada em 270 por 100 000 habitantes por ano.

No que respeita aos dados de prevalência na realidade portuguesa Machado, Gonçalves e Hoek (2007) realizaram um complexo estudo a nível nacional cuja metodologia utilizada consistiu em duas fases, incluindo uma amostra comunitária representativa da população jovem portuguesa de Norte a Sul do país e apresentou os seguintes resultados: a prevalência da anorexia nervosa foi calculada em 39%; a prevalência da bulimia nervosa foi de 30% e 2,37% para as perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação. À semelhança dos resultados obtidos em estudos realizados em contexto clínico, esta última categoria diagnosticada (perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação) representa 77,4% diagnosticados na comunidade, comparativamente com 13% para a anorexia nervosa e 10% para a bulimia nervosa.

Os resultados obtidos são aproximadamente idênticos aos encontrados em estudos semelhantes noutras culturas ocidentais, em que a prevalência da anorexia nervosa calculada em 39% é equiparável à taxa de prevalência média obtida na Europa e América do Norte (Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell & Hoek, 2009).

4. Intervenção e Abordagem à Saúde Escolar

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1990) as crianças são “todo o ser humano menor de 18 anos” que constituem um grupo prioritário, que merecem o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde (DGS, 2012).

O padrão de crescimento de uma criança ou jovem e o seu estado nutricional são importantes indicadores de saúde e bem-estar. O crescimento do corpo humano é um processo individual, gradual, complexo e não linear dependendo da fase do ciclo vital. Na adolescência é observado um aumento do teor de gordura corporal, sendo mais notório na rapariga. Os determinantes biológicos, como a constituição genética, o sexo, o ambiente intrauterino, a estatura dos pais assim como os fatores ambientais, nomeadamente sócio-económico-culturais e nutricionais, influenciam todo o processo de crescimento (DGS-INSA, 2011).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) foi elaborado como instrumento de apoio para a igualdade de oportunidade e desenvolvimento para todas as crianças e jovens. Um dos objetivos é avaliar e registar o crescimento e desenvolvimento, estando estipulado quais os parâmetros a avaliar em cada consulta/fase de crescimento e desenvolvimento, onde os parâmetros do peso e altura, são avaliados em todas as consultas preconizadas pelo PNSIJ (DGS, 2012 e 2015).

Portugal integra, desde 1994, a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (EPS), numa parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação, que conduziu a uma efetiva implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar. Os princípios das EPS assentam na equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar, visto ser um local privilegiado para promover a saúde ao longo desta importante etapa do ciclo de vida (DGS, 2015).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE 2015) é um instrumento orientador das políticas nacionais no que se refere à promoção da saúde em meio escolar. O PNSE 2015 foi concebido tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012 sendo revisto e com extensão a 2020. Os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, impõem um apelo especial a todos os profissionais e serviços envolvidos na sua implementação, por forma a obter,

maiores ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e à melhoria do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa (DGS, 2015).

A Saúde Escolar deve ter uma visão abrangente da pessoa como um ser biopsicossocial e utilizar o modelo holístico da saúde para influenciar as práticas do grupo escolar, o *empowerment* coletivo, as escolhas, os comportamentos e o nível de participação da comunidade educativa. Para que tal aconteça é necessário capacitar os estudantes, que para além da transmissão da informação, esta seja compreendida (DGS, 2015).

4.1. Capacitação e Empowerment dos adolescentes

No intuito de melhorar a saúde, no contexto de uma alimentação saudável, torna-se imperativo educar. Educar para a saúde é uma política em que assenta a base dos cuidados de saúde, desde a nossa infância até à idade adulta. Os profissionais de saúde agem no seu quotidiano com o objetivo maior de fazer ensinamentos clínicos, por forma a promover a saúde e prevenir a doença (Carmo, Fagundes & Brito, 2012).

Na presença de distúrbios alimentares, o cuidado do profissional de saúde é redobrado e incide maioritariamente na correção da forma e qualidade da alimentação, efetuando ensinamentos apropriados a cada caso em particular. É necessário haver uma mudança a nível cognitivo e comportamental dos jovens/adolescentes (Carmo, Fagundes & Brito, 2012).

Torna-se essencial que o jovem que é acompanhado pelo profissional de saúde, de acordo com o seu distúrbio alimentar, se sinta compreendido e auxiliado nos piores momentos evitando culpabilizações e reforços negativos, devendo-se valorizar os comportamentos adequados e os sucessos conseguidos. É fundamental a mudança de raciocínio para uma melhor recuperação, enaltecer os pensamentos positivos, de força, sucesso e reprimir ou corrigir os pensamentos negativos de fracasso e exaustão (Carmo, Fagundes & Brito, 2012).

A capacitação é o conjunto de abordagens aplicáveis a qualquer método que procuram promover a capacitação da pessoa. (Carmo, Fagundes & Brito, p. 248, 2012).

A capacitação torna-se vital neste processo onde o profissional de saúde assume um papel de facilitador de reconhecimento de capacidades do adolescente mas também das dificuldades do percurso, ambivalências e as várias possibilidades ou caminhos para chegar a um objetivo inicialmente proposto. O facto, de o adolescente, constatar as suas próprias capacidades facilita o reconhecimento por parte de quem o acompanha de efetuar mudanças positivas na sua vida. Permite uma atitude mais afirmativa reforçando aptidões, emoções positivas e o sentimento de confiança para identificar os objetivos e poder seguir um plano de ação, onde o adolescente tenha o controlo, do seu processo de tratamento, transformando as suas ideologias em realidade (Carmo, Fagundes & Brito, 2012).

A capacitação da comunidade, sobretudo jovens, caracteriza-se pelo aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos. Assim, capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão contribui para a adoção de um estilo de vida mais saudável, tornando-os mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais (DGS, 2015, p. 22).

4.2. Avaliação Antropométrica

Para avaliar o complexo processo de crescimento corporal existe o método de aferição que constitui a Antropometria. Esta técnica destina-se à medição das variações físicas do corpo humano, sendo um método não invasivo, de fácil execução e avaliação. As medidas antropométricas mais utilizadas são o peso e a estatura. Através destes dados, é possível fazer uma caracterização do estado nutricional através do cálculo de Índices Antropométricos (DGS-INSA, 2011).

Segundo o Guia do Estado Nutricional Infantil e Juvenil, da Direção Geral da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, publicado em 2011 foram descritos os seguintes conceitos:

Peso

O peso é a medida antropométrica mais comum. É uma medida fundamental para verificar a evolução ponderal e o excesso de peso ou obesidade, assim como para fazer a avaliação nutricional (DGS-INSA, 2011, p. 13).

Comprimento/Estatura

O comprimento/estatura expressa o processo de crescimento do corpo humano, sendo também essencial para a avaliação do perfil nutricional da criança. O comprimento é medido com a criança em decúbito dorsal e deve ser utilizado até aos 24 meses, a partir desse momento a estatura é medida com a criança em pé (DGS-INSA, 2011, p.22).

Cálculo do Índice de Massa Corporal de Quetelet

O Índice de Massa Corporal (IMC) é calculado utilizando os dados antropométricos do peso e altura, para avaliar o estado nutricional. O cálculo é feito segundo a fórmula apresentada na Figura. 3:



O diagrama apresenta a fórmula do Índice de Massa Corporal (IMC) e as faixas de classificação. A fórmula é exibida em um fundo verde: $IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$. À direita, o texto "Se IMC ..." introduz uma lista de faixas de valores e suas respectivas classificações:

Índice de Massa Corporal (IMC)	Classificação
< 18,5	baixo peso
18,5 — 24,9	peso normal
25,0 — 29,9	excesso de peso
> 30,0	obesidade

Figura 3- Cálculo do Índice de Massa Corporal

Adaptada de: “A nova Roda dos Alimentos... um guia para a escolha alimentar diária!” (DGS, 2016c, p.3).

As curvas do IMC permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando possíveis casos de má nutrição ou excesso de peso, onde se verifica um desvio da curva média interpretado por um afastamento do percentil do IMC (DGS, 2006).

Os registos da avaliação dos dados antropométricos devem ser interpretados em contexto da idade e nunca isoladamente. O registo deve ser efetuado nas Tabelas de Percentis que constam no Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2006).

PARTE II

Enquadramento Metodológico

1. Contextualização e Questão de Investigação

Enquanto profissional da área da saúde, em particular Enfermeira, é necessário alicerçar os conhecimentos na avaliação das atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário. Para tal procurou-se adequar as metodologias de recolha e análise dados ao grupo em questão. Considerou-se este percurso um grande desafio vendo-o como uma forma de aprender e de conhecer/aprofundar o conhecimento sobre esta realidade.

No que concerne à temática, no concelho de Bragança não foram encontradas outras investigações neste âmbito. Assim sendo, parece-nos necessário e urgente que nos debrucemos sobre esta temática, que cada vez mais surge em idades precoces.

Para obter respostas relativas aos comportamentos e satisfação da imagem corporal dos adolescentes, colocam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as atitudes alimentares dos estudantes do ensino secundário?
- Qual o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário?
- Existe relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação corporal em estudantes do ensino secundário?
- A satisfação corporal está relacionada com variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais?
- As Atitudes Alimentares estão relacionadas com variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais?

Os objetivos propostos para este trabalho de investigação, no sentido de dar resposta às questões são:

- Avaliar as atitudes alimentares dos estudantes do ensino secundário;

- Avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário;
- Identificar a relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário;
- Analisar a relação entre o grau de satisfação Corporal e as variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais;
- Analisar a relação entre as Atitudes Alimentares e as variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais.

2. Metodologia

Na segunda parte deste estudo proceder-se-á à contextualização do problema em questão segundo os objetivos definidos, referindo qual a população e a amostra que serviu para a investigação: “Avaliação de Atitudes Alimentares e satisfação com a Imagem Corporal em Estudantes do Ensino Secundário”, assim como a descrição do desenho do estudo e os procedimentos de colheita de dados, éticos e deontológicos. Posteriormente apresentam-se os dados recolhidos mediante os instrumentos de recolha de dados utilizados.

Segundo Fortin (2003), a fase metodológica subsiste em definir qual o fenómeno em estudo, que é posteriormente integrado num plano de trabalho, onde se descrevem as atividades conducentes à realização da investigação para responder às questões formuladas.

Dada a natureza das variáveis envolvidas, e uma vez que a normalidade das mesmas não foi verificada pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov optou-se pela utilização de métodos não paramétricos

2.1. Tipo de Estudo

O estudo efetuado tem uma tipologia observacional-descritivo, de paradigma quantitativo, num plano transversal e analítico com a finalidade de dar resposta aos objetivos previamente definidos, permitindo verificar, simultaneamente, a natureza das relações que existem entre variáveis.

De acordo com Fortin (2000) a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenómeno, fornecendo uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre as variáveis. É descritivo, porque retrata uma situação relativamente ao quem, ao quando e onde.

Considera-se segundo Pais Ribeiro (2010) um estudo observacional porque o investigador não interfere nas variáveis e, as variáveis independentes não são passíveis de serem manipuladas.

Este estudo foi realizado no período de janeiro a novembro de 2017, é uma investigação transversal, por ser realizada num determinado momento temporal e para cada um dos sujeitos (Pais Ribeiro (2010) e Vaz Freixo (2009)).

2.2. Variáveis

O termo variável reporta-se ao fenómeno a ser pesquisado. Em pesquisas científicas, as variáveis são elementos observáveis e que possuem correlação entre si para gerar um fenómeno. As variáveis são utilizadas em estudos quantitativos como medidas (Prodanov & Freitas, 2013).

2.2.1. Variáveis Independentes

As variáveis independentes influenciam, determinam ou afetam outra ou outras variáveis, caracterizam-se como condição ou causa para um determinado resultado, efeito ou consequência.

Por conseguinte, as variáveis independentes definidas para este estudo são as seguintes:

- Idade;
- Sexo;
- Peso;
- Altura;
- Ano de escolaridade do estudante;
- Prática de exercício físico;
- Frequência de exercício físico;
- Local onde almoça;
- Tipo de transporte;

- Proveniência;
- Ano de escolaridade dos pais.

2.2.2. Variáveis dependentes

A variável dependente modifica-se em função de outras variáveis, é observada e quantificada (Prodanov & Freitas, 2013).

Consideram-se como variáveis dependentes para este estudo:

- Atitudes alimentares;
- Satisfação com a Imagem corporal.

2.3. População e Amostra

Definiu-se como participantes neste estudo os estudantes do ensino secundário do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança.

A população é constituída por 563 estudantes de ambos os sexos, que frequentam o ensino secundário (10º, 11º e 12º ano), do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, na cidade de Bragança.

Os critérios de inclusão definiram-se como:

- Jovens do ensino secundário;
- Frequentem o Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em regime diurno, na cidade de Bragança;
- Obtenção de autorização dos alunos ou dos Encarregados de Educação, quando se trate de menores de idade.

Os critérios de exclusão definiram-se como:

- Todos os que não se enquadrarem nos critérios de inclusão;
- E questionários não preenchidos na sua totalidade.

A amostra do presente estudo é constituída por 184 adolescentes. Para a investigação optou-se por um processo de amostragem não probabilística, selecionada acidentalmente, visando a disponibilidade, rapidez e o menor custo na recolha de dados.

2.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a análise e identificação das atitudes e comportamentos alimentares, foi escolhido o inquérito por questionário (Anexo I) elaborado com questões de resposta fechada e de resposta aberta.

O instrumento de recolha de dados é constituído por duas partes:

A primeira parte é composta por 10 questões de resposta aberta relacionadas com a caracterização da amostra: idade, sexo, peso, altura, ano de escolaridade do estudante, prática de exercício físico, qual a frequência da prática de exercício físico, local onde almoça, como se desloca para a escola, meio de proveniência e escolaridade dos pais.

A segunda parte do questionário é composto pela versão portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes – TAAc “Children Aating Atitudes; Malloney, 1988” adaptado e validado por Maria Del Carmen Bento Teixeira (2012).

O Teste de Atitudes Alimentares para Crianças (TAAc), originalmente denominado de Children Eating Attitudes Test (ChEAT) de Maloney (1988) é a versão infantil/juvenil adaptado por Gardner e Garfinkel, do teste para adultos. O Teste de Atitudes Alimentares é o instrumento mais utilizado para avaliar transtornos alimentares em adultos e adolescentes em várias culturas. Em Portugal, as versões longas e curtas de TAAc foram rigorosamente validados e foram amplamente utilizados com jovens adultos (Teixeira, 2012). Este teste, TAAc, é encarado como um dos instrumentos mais explorados e empregues na avaliação

das atitudes e comportamentos alimentares. O interesse deste instrumento prende-se com a facilidade de utilização em grandes grupos de população infantil e juvenil. O TAAc deve ser considerado um teste de rastreio dos Distúrbios do Comportamento Alimentar e não um teste diagnóstico (Smolak & Levine, 1994; Teixeira, 2014).

O TAAc tem a forma de uma tabela com 26 questões e é respondido através de uma escala tipo Likert com 6 opções de resposta: “nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “muitíssimas vezes” e “sempre”. As respostas sintomáticas são cotadas com (um) “muitas vezes”, (dois) “muitíssimas vezes” e (três) “sempre”. As respostas “nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes” são cotadas com zero (Teixeira, 2014).

O TAAc tem 2 itens de cotação invertida (19 e 25). A pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares para crianças e adolescentes (TAAc), é calculada somando a pontuação de cada item, de forma que, quanto mais elevada for a pontuação global mais disfuncionais são as atitudes e comportamentos alimentares (Teixeira, 2014). A pontuação teórica do teste varia entre 0 e 78 valores (Teixeira, 2014).

A pontuação total do Teste de Atitudes Alimentares para crianças e adolescentes, é calculada somando a pontuação de cada item, de forma que, quanto mais elevada for a pontuação global mais disfuncionais são as atitudes e comportamentos alimentares (Teixeira, 2014).

O Questionário de Silhuetas de Collins é utilizado para avaliar a (in)satisfação com a imagem corporal das crianças e adolescentes. Este instrumento é um questionário efetuado através de figuras, com base num questionário de silhuetas para adultos de Stukard, Sorenson e Schulsinger (1983) (Collins, 1991).

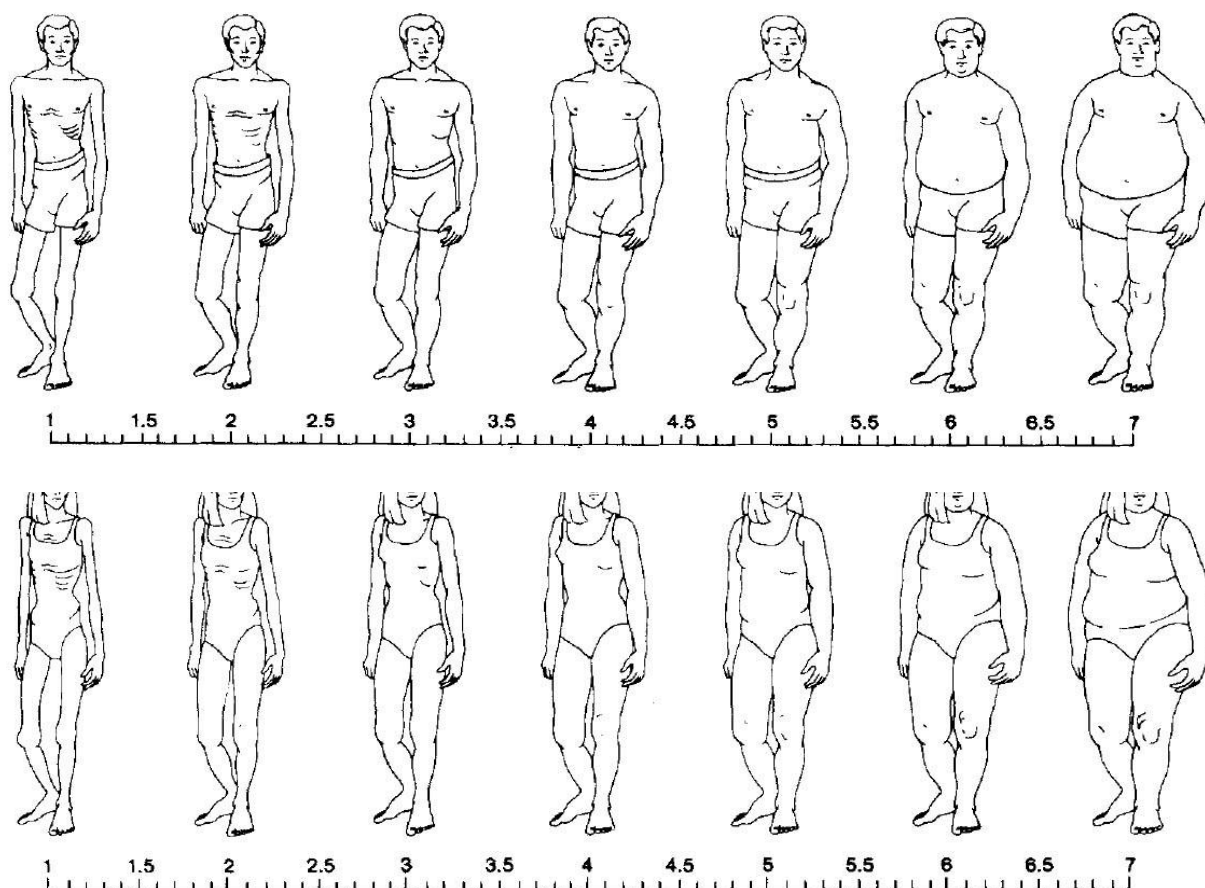
A Escala de Silhuetas é composta por um conjunto de figuras, geralmente silhuetas ou desenhos esquemáticos, que variam de acordo com o tamanho corporal, peso e/ou musculatura. É solicitado ao jovem que escolha a imagem que considera mais parecida consigo atualmente, que se define por imagem corporal “real”, e a que gostaria de ter, definida por imagem corporal “ideal” (Simões, 2014).

Esta escala é constituída por uma sequência de sete silhuetas femininas e/ou masculinas, desenvolvidas para ilustrar o peso corporal, alterando da silhueta menos volumosa (1 – muito fina) para a mais volumosa (7 - obesidade). Para além, da avaliação real e ideal solicitada, é

também pedido à criança/adolescente que indique se considera ser “gordo(a)”, “nem gordo(a) nem magro(a)”, “magro(a)” e outra questão se deseja “perder peso”, “ganhar peso”, ou “manter o peso que tem”; como é representado na Figura 4 (Collins, 1991; Simões, 2014).

Relativamente a esta escala de silhuetas, considera-se a variável classificação da imagem corporal como possibilidade de resposta: satisfeito ou não satisfeito. Na opção *satisfeito*, estão incluídos os alunos que manifestaram satisfação com o peso na variável imagem corporal e na opção *não satisfeito*, estão incluídos os alunos que manifestam vontade de ganhar ou perder peso na variável imagem corporal. Neste questionário, a discrepância entre a imagem corporal real e a ideal, é utilizada como indicador de insatisfação com a própria imagem (Simões, 2014).

Este instrumento apresenta vantagens por se recorrer a escalas com recurso visual, de aplicação fácil e rápida, que não dependem de competências verbais, como defende Hill (2011). A aplicação desta escala, uma vez que é um instrumento mais sofisticado e mais adequados para avaliar a (in)satisfação com a imagem corporal em crianças e adolescentes. No entanto, não se tem conhecimento claro sobre quais são as melhores escalas de figuras para avaliar a imagem corporal numa determinada faixa etária, pois são poucas as comparações entre os instrumentos que avaliam este constructo (Collins (1991), Gardner e Brown (2010) e Hill (2011), citados por Simões, 2014).



Por favor, olha para as figuras apresentadas em cima para responderes às perguntas que te vamos fazer.

Para responderes, deves escolher um número, de 1 a 7, e colocar no espaço à frente da pergunta.

Por exemplo: se achas que a figura que se parece mais contigo é a terceira a contar da esquerda, deves colocar o número 3 na primeira pergunta.

1. Qual destas imagens se parece mais contigo?		
2. Qual destas imagens mostra a forma como gostarias de ser?		
3. Qual destas imagens mostra a forma como achas que uma rapariga ou um rapaz da tua idade deve ser?		
Para cada pergunta, coloca um X na resposta que descreve o que tu pensas.		
1. Acho que sou:	Gordo(a)	
	Nem gordo(a) nem magro(a)	
	Magro(a)	
2. Eu gostava de:	Perder peso	
	Ganhar peso	
	Manter o peso que tenho	

Figura 2 - Escala de Silhuetas de Collins

Fonte: Collins (1991); Simões (2014)

Através do preenchimento deste questionário as crianças e adolescentes selecionam a imagem corporal com a qual se identificam e também aquela que gostariam de alcançar, fazendo a diferença entre as duas seleções. Caso o participante obtenha um valor negativo entre as silhuetas, indicam o desejo de ganhar peso, enquanto valores positivos entre as silhuetas selecionadas indicam o desejo de perder peso.

Para além desta seleção, é solicitado ainda às crianças e adolescentes que indiquem como se consideram segundo a sua imagem corporal – “gordo(a)”, “nem gordo(a) nem magro(a)”, “magro(a)” e se gostavam de “perder peso”, “ganhar peso” ou “manter o peso” (Simões, 2014).

2.5. Procedimentos Éticos e de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados, em forma de questionário foi entregue para preenchimento de forma direta à população da presente investigação.

Para a concretização deste estudo, foi seguido com rigor o objetivo maior da avaliação ética num trabalho de investigação que é obedecer aos pressupostos implícitos na Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

No sentido deste rigor, seguindo as considerações éticas e legais supra mencionadas, foi solicitado um pedido autorização para a recolha de dados ao Ex.mo Sr. Diretor do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia (Anexo II) e Encarregados de Educação (Anexo III), para aplicação do instrumento de recolha de dados. De referir que no preenchimento dos questionários foi garantido o anonimato dos participantes, a garantia de liberdade e participação dos mesmos com a possibilidade destes abandonarem o estudo em qualquer momento, solicitando a todos o consentimento informado.

A II Parte do instrumento de recolha de dados - Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes – TAAc “Children Aating Atitudes; Malloney, 1988” - por se tratar de uma escala adaptada e validada para a população portuguesa, por Maria Del Carmen Bento

Teixeira (2012) foi enviado por escrito, via e-mail, um pedido de autorização de utilização, ao qual foi concedida autorização (Anexo IV).

Um segundo elemento do questionário é a Escala de Silhuetas de Collins, validado pela mestre Ana Simões (2014), a quem foi enviado um pedido de autorização de utilização, que fez seguir o pedido para a Ex.ma. Professora Doutora Roberta Frontini, ao qual foi concedida autorização (Anexo V).

De mencionar também que foram respeitadas as normas éticas e deontológicas preconizadas por Fortin (2009) quando identifica os cinco direitos fundamentais das pessoas: “(...) o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal” (p. 116).

2.6. Estratégia de Análise e Tratamento de Dados

Os dados foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 22.0 de 2013.

Em termos de instrumentos estatísticos foram utilizadas frequências absolutas e relativas para descrever as variáveis qualitativas. As variáveis numéricas foram descritas através das medidas: média, desvio padrão, mediana e amplitude interquartil. Na comparação de grupos, atendendo à natureza das variáveis e ao facto de não se ter verificado através do teste de Kolmogorov-Smirnov, a normalidade das mesmas, utilizaram-se os testes não paramétricos Mann Whitney e Kruskal Wallis. Para medir a fiabilidade da escala utilizou-se o coeficiente de consistência *alpha de Cronbach*, permitindo aferir se um conjunto de itens está a medir o mesmo construto. Este valor varia entre 0 e 1, quanto mais próximo de 1 maior a fiabilidade do construto em análise.

A análise dos resultados obtidos para a satisfação com a silhueta foi realizada através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação do teste do qui-quadrado com o objetivo de avaliar a independência das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do teste do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência

esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5). Em todas as análises considerou-se com significância estatística um valor de prova inferior a 5%.

3. Apresentação e Análise dos Resultados

Nesta seção são apresentados os resultados descritos da amostra, assim como os resultados obtidos pela inferência estatística.

3.1. Caracterização antropométrica e sociodemográfica

Neste estudo participaram 184 alunos dos quais 45,11% (83) eram do sexo masculino e 54,89% (101) do sexo feminino. Os alunos do sexo masculino apresentavam em média $16,61 \pm 1,09$ anos e as alunas tinham idade média de $16,62 \pm 0,88$

Em média, os rapazes tinham de peso $66,52 \pm 9,84$ Kg e de altura $1,74 \pm 0,08$ m; as raparigas tinham peso médio de $57,25 \pm 8,38$ Kg e altura média de $1,63 \pm 0,05$ m. Em termos de IMC verificou-se que a média dos rapazes foi de $22,03 \pm 2,99$ e das raparigas a média foi de $21,63 \pm 2,80$, conforme tabela 3.

Tabela 3- Caracterização antropométrica por sexo

Medidas antropométricas	Masculino (n=83)	Feminino (n=101)
	Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)
Peso (Kg)	66,52 (9,84)	57,25 (8,38)
Altura (m)	1,74 (0,08)	1,63 (0,05)
IMC (Kg/m ²)	22,03 (2,99)	21,63 (2,80)

No gráfico 1 apresentam-se os resultados do IMC em função do sexo dos alunos inquiridos. Observa-se que relativamente aos rapazes: 1,20% (1) estava desnutrido; 81,93% (68) encontravam-se em estado normal; 13,25% (11) apresentavam sobrepeso e 3,61% (3) estavam obesos. Quanto às raparigas observa-se que 1,98% (2) estavam desnutridas; 85,15% (86) apresentavam estado nutricional normal; 11,88% (12) tinham sobrepeso e 0,99% (1) era obesa.

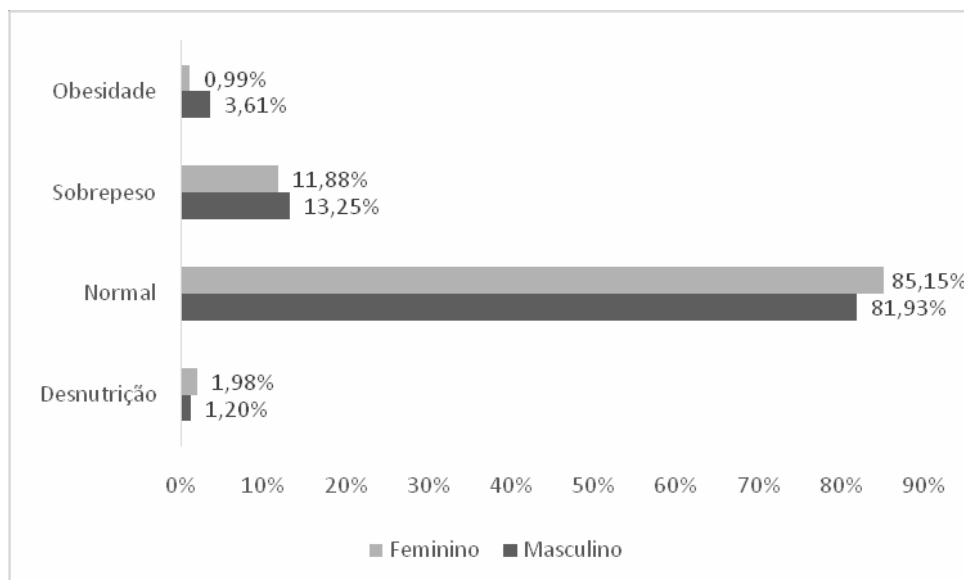


Gráfico 1 - Caracterização do IMC em função do sexo

Dos alunos que participaram neste estudo, 33,7% (62) estavam no 10º ano; 33,2% (61) estavam no 11º ano e 33,2% (61) estudavam no 12º ano. Atendendo aos rapazes o maior número, 47% (39), frequentava o 10º ano e relativamente às raparigas o maior número, 43,6% (44) frequentava o 11º ano.

Através da Tabela 4, observou-se que 65,2% (120) afirmaram praticar exercício físico, sendo 63 rapazes e 57 raparigas. Relativamente à frequência da prática desportiva observa-se que 42,5% (51) o fazem duas vezes por semana e 33,3% (40) afirmaram praticar três vezes por semana. Observa-se que os rapazes praticam mais frequentemente desporto que as raparigas. Verificou-se ainda que 41,8% (77) dos adolescentes almoçavam habitualmente na cantina da escola e 58,2% (107) em casa. Verificou-se ainda que 69,9% (128) dos inquiridos deslocam-se para a escola de transporte e 30,4% (56) a pé. Quanto à proveniência verifica-se que a maioria, 75% (138) vivem no meio urbano, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização do ano de escolaridade, da prática de desporto, local habitual de almoço, forma de deslocar para a escola e proveniência por sexo

Variáveis		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	N (%linha) %coluna
		N (%linha) %coluna	N (%linha) %coluna	
Ano de escolaridade	10º ano	39(62,9%)	23(37,1%)	62(100%)
		47,0%	22,8%	33,7%
	11º ano	17(27,9%)	44(72,1%)	61(100%)
		20,5%	43,6%	33,2%
	12º ano	27(44,3%)	34(55,7%)	61(100%)
		32,5%	33,7%	33,2%
Total	83(45,1%)	101(54,9%)	184(100%)	
		100%	100%	100%
Prática de desporto	Sim	63(52,5%)	57(47,5%)	120(100%)
		75,9%	56,4%	65,2%
	Não	20(31,3%)	44(68,8%)	64(100%)
		24,1%	43,6%	34,8%
	Total	83(45,1%)	101(54,9%)	184(100%)
		100%	100%	100%
Frequência da prática de desporto	Uma vez	1(12,5%)	7(87,5%)	8(100%)
		1,6%	12,3%	6,7%
	Duas vezes	24(47,1%)	27(52,9%)	51(100%)
		38,1%	47,4%	42,5%
	Três vezes	23(57,5%)	17(42,5%)	40(100%)
		36,5%	29,8%	33,3%
Quatro ou mais	12(11,4%)	6(28,6%)	21(100%)	
	23,8%	10,5%	17,5%	
Total	63(52,5%)	57(47,5%)	120(100%)	
		100%	100%	100%
Onde almoça habitualmente	Cantina	35(46,8%)	41(53,2%)	77(100%)
		43,4%	40,6%	41,8%
	Casa	47(43,9%)	60(56,1%)	107(100%)
		56,6%	59,4%	58,2%
	Total	83(45,1%)	101(54,9%)	184(100%)
		100%	100%	100%
Deslocação para a escola	Transporte	55(40,1%)	69(53,9%)	128(100%)
		71,1%	68,3%	69,6%
	A pé	24(42,9%)	32(57,1%)	56(100%)
		28,9%	31,7%	30,4%
	Total	83(45,1%)	101(54,9%)	184(100%)
		100%	100%	100%
Proveniência	Meio urbano	63(43,7%)	75(54,3%)	138(100%)
		75,9%	74,3%	75,0%
	Meio rural	20(43,5%)	26(56,5%)	46(100%)
		24,1%	25,7%	25,0%
	Total	83(45,1%)	101(54,9%)	184(100%)
		100%	100%	100%

No gráfico 2 apresenta-se a caracterização das habilitações literais dos pais, observa-se que relativamente ao pai: 7,07% (13) tinham habilitações iguais ou inferiores ao primeiro ciclo; 32,07% (59) tinham 2º ou 3º ciclo; 29,35% (54) possuíam o ensino secundário; 22,83% (42) tinham bacharelato ou licenciatura e 4,35% (8) tinham mestrado ou doutoramento. Relativamente à mãe: 2,17% (4) tinham até 1º ciclo; 25,00% (46) tinham 2º ou 3º ciclo; 33,70% (62) concluíram o secundário; 30,43% (56) possuíam bacharelato ou licenciatura e 7,07% (13) tinham mestrado ou doutoramento.

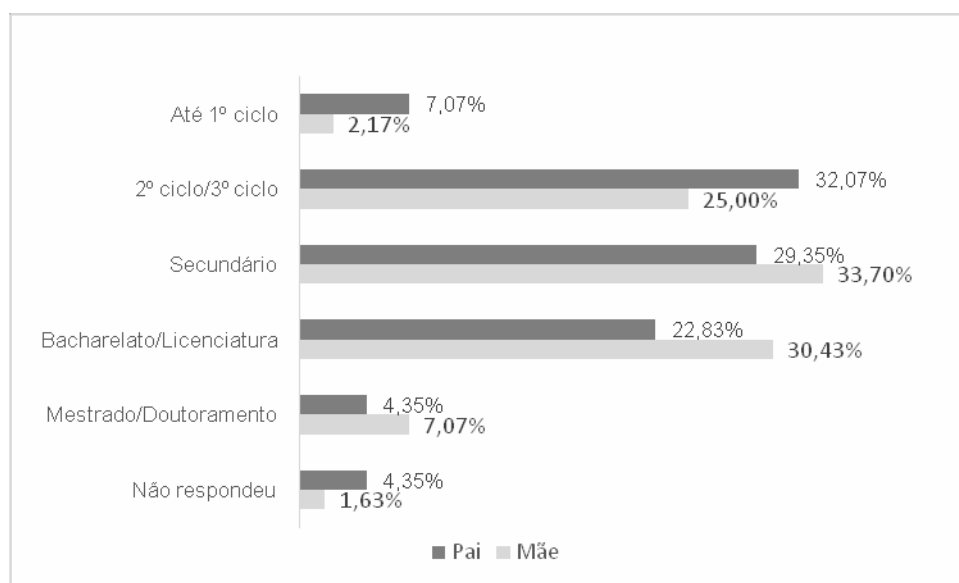


Gráfico 2 - Caracterização das habilitações dos pais

3.2. Caracterização da escala TAAc

Na tabela 5 apresenta-se a caracterização dos itens da escala TAAc.

Por análise da tabela verifica-se que a maioria dos inquiridos afirmaram nunca ou raramente ter os comportamentos abordados, com exceção dos itens: “assusta-me ter peso a mais” em que se destacam as opções raramente (29,3%; 54) e algumas vezes (21,2%;39); “penso em comida grande parte do dia” onde se destaca a opção raramente (38,0%; 70) e algumas vezes (31,5%;58); “corto a minha comida em pequenos pedaços” onde a maioria respondeu raramente (30,4%;56) ou algumas vezes (30,4%; 56); “penso em queimar calorias quando faço exercício” com destaque para raramente (38,0%;70) e algumas vezes (20,1%;37); “consigo controlar-me com a comida” com frequências mais elevadas em raramente

(27,2%;51) e muitíssimas vezes (20,7%;38) e “gosto de provar novas comidas apetitosas” em que a maioria respondeu que o faz muitíssimas vezes (21,7%;40) ou sempre (32,1%;59).

Tabela 5 - Caracterização dos itens da escala TAAC

Itens da escala	Frequência absoluta (frequência relativa %)						Mediana	Moda
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Sempre		
1. Assusta-me ter peso a mais	29(15,8)	54(29,3)	39(21,2)	24(13,0)	14(7,6)	24(13,0)	3	2
2. Evito comer quando tenho fome	56(30,4)	93(51,1)	23(12,5)	5(2,7)	5(2,7)	1(0,5)	2	2
3. Penso em comida grande parte do dia	10(5,4)	70(38,0)	58(31,5)	12(6,5)	19(10,3)	15(8,2)	3	2
4. Tem havido vezes em que me sinto incapaz de parar de comer	30(16,3)	92(50,0)	37(20,1)	12(6,5)	9(4,9)	4(2,2)	2	2
5. Cuto a minha comida em pequenos pedaços	12(6,5)	56(30,4)	56(30,4)	32(17,4)	11(6,0)	17(9,2)	3	2
6. Conto as calorias dos alimentos	31(16,8)	73(39,7)	38(20,7)	20(10,9)	15(8,2)	7(3,8)	2	2
7. Evito alimentos como pão, batatas e arroz	41(22,3)	76(41,3)	46(25,0)	18(9,8)	1(0,5)	2(1,1)	2	2
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais	48(26,1)	67(36,4)	42(22,8)	9(4,9)	11(6,0)	7(3,8)	2	2
9. Vomito depois de comer	108(58,7)	67(36,4)	5(2,7)	2(1,1)	1(0,5)	1(0,5)	1	1
10. Sinto-me culpado depois de comer	70(38,0)	84(45,7)	17(9,2)	4(2,2)	8(4,3)	1(0,5)	2	2
11. Penso muito sobre querer ser magro	34(18,5)	71(38,6)	43(23,4)	15(8,2)	8(4,3)	13(7,1)	2	2
12. Penso em queimar calorias quando faço exercício	21(11,4)	70(38,0)	37(20,1)	29(15,8)	12(6,5)	15(8,2)	3	2
13. Os outros pensam que estou muito magro	43(23,4)	73(39,7)	36(19,6)	14(7,6)	12(6,5)	6(3,3)	2	2
14. Penso muito se tenho gordura no corpo	27(14,7)	77(41,8)	42(22,8)	17(9,2)	15(8,2)	6(3,3)	2	2
15. Demoro mais tempo que os outros a comer as refeições	21(11,4)	76(41,3)	32(17,4)	21(11,4)	11(6,0)	23(12,5)	2	2
16. Evito alimentos com açúcar	29(15,8)	74(40,2)	46(25,0)	19(10,3)	10(5,4)	6(3,3)	2	2
17. Como comida de dieta	58(31,5)	81(44,0)	27(14,7)	9(4,9)	9(4,9)	0(0,0)	2	2
18. Penso que a comida controla a minha vida	55(29,9)	80(43,5)	25(13,6)	9(4,9)	10(5,4)	5(2,7)	2	2
19. Consigo controlar-me com a comida	5(2,7)	51(27,7)	29(15,8)	30(16,3)	38(20,7)	31(16,8)	4	2
20. Sinto que os outros me pressionam para comer	46(25,0)	92(50,0)	29(15,8)	8(4,3)	7(3,8)	2(1,1)	2	2
21. Gasto demasiado tempo a pensar em comida	42(22,8)	100(54,3)	20(10,9)	8(4,3)	9(4,9)	5(2,7)	2	2
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces	59(32,1)	67(36,4)	31(16,8)	13(7,1)	7(3,8)	7(3,8)	2	2
23. Tenho andado a fazer dietas	66(35,9)	69(37,5)	25(13,6)	14(7,6)	8(4,3)	2(1,1)	2	2
24. Gosto de sentir o meu estômago vazio	79(42,9)	76(41,3)	18(9,8)	6(3,3)	4(2,2)	1(0,5)	2	1
25. Gosto de provar novas comidas	3(1,6)	31(16,8)	21(11,4)	30(16,3)	40(21,7)	59(32,1)	5	6
26. Tenho o impulso de vomitar depois de comer	104(56,5)	65(35,3)	9(4,9)	4(2,2)	1(0,5)	1(0,5)	1	1

Na tabela 6 apresenta-se a caracterização global da escala TAAc, verificando-se consistência interna razoável, com exceção da dimensão Controlo da Ingestão Alimentar que apresenta coeficiente alpha de *Cronbach* inferior a 0,6. Verifica-se em todas as dimensões da escala TAAc valores médios baixos, assim como os valores da mediana não revelando atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais. Contudo, regista-se a elevada variação dos resultados, ou seja, a dispersão é muito elevada como se pode inferir ir pelos coeficientes de variação superiores a 30%.

Tabela 6 - Caracterização da escala TAAc

	Itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Amplitude de teórica	Média (desvio padrão)	Coefficiente de variação	Mediana (amplitude interquartil)
Aspetos relativos ao cumprimento dieta	1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 e 25	0,788	0 - 39	4,10 (5,01)	122,30%	2 (5)
Preocupação com comida e bulimia	3, 4, 8, 18, 21 e 26	0,692	0 - 18	1,54 (2,62)	170,04%	0 (2)
Controlo da ingestão alimentar	2, 5, 9, 13, 15, 19 e 20	0,357	0 - 21	2,97 (3,16)	106,17%	2 (3)
TAAc	Todos	0,781	0 - 78	8,61 (8,20)	95,30%	6 (9)

3.3. Caracterização da escala de silhuetas de Collins

Por análise da tabela 7 verifica-se que relativamente à imagem corporal atual 28,9% (24) dos rapazes escolhe a silhueta 3; 15,7% (13) escolheram a silhueta 3.5; 28,9% (24) indicaram a silhueta 4; 20,4% (17) dos rapazes escolheram silhuetas acima da 4. Relativamente às raparigas, 35,6% (36) indicaram a silhueta 4; 20,8% (21) escolheram a silhueta 3; 10,9% (11) escolheram silhueta 3.5; 3,0% escolheu a silhueta 2.

Quanto à silhueta desejada verifica-se que os rapazes escolheram as silhuetas 3.5, 44,6% (37) ou 4 com 13,3% (11) dos casos. Identicamente nas raparigas no que trata à imagem desejada destacam-se as silhuetas 3.5 com 40,6% (37) das observações e a silhueta 4 com 18,8% (19) dos casos Relativamente à imagem desejada no outro, 34,9% (29) dos rapazes

consideram que o ideal seria a silhueta 3; 10,8% (9) dos rapazes destacaram a silhueta 4 e 45,8% (38) defendem que a silhueta ideal no outro é a 4.5. No que trata as raparigas observa-se que 42,6% (43) defendem que a silhueta ideal no outro é a 3; 18,8% (19) afirmaram que seria a silhueta 3.5 e 35,6% (36) desejariam ver no outro a silhueta 4.

Tabela 7 - Caracterização da escala de silhuetas de Collins por sexo

Imagem	Sexo	Escala de silhuetas de Collins												
		1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7
Imagem atual	Masculino	1	4	0	0	24	13	24	5	5	1	5	0	1
		1,2%	4,8%	0,0%	0,0%	28,9%	15,7%	28,9%	6,0%	6,0%	1,2%	6,0%	0,0%	1,2%
	Feminino	0	4	3	1	21	11	36	6	13	1	5	0	0
		0,0%	4,0%	3,0%	1,0%	20,8%	10,9%	35,6%	5,9%	12,9%	1,0%	5,0%	0,0%	0,0%
Imagem desejada	Masculino	1	0	3	0	0	37	11	1	0	0	0	0	0
		1,2%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	44,6%	13,3%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Feminino	1	1	5	2	1	41	19	0	0	0	0	0	0
		1,0%	1,0%	5,0%	2,0%	1,0%	40,6%	18,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Imagem ideal do outro	Masculino	1	0	1	2	29	9	38	3					
		1,2%	0,0%	1,2%	2,4%	34,9%	10,8%	45,8%	3,6%					
	Feminino	0	0	3	0	43	19	36	0					
		0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	42,6%	18,8%	35,6%	0,0%					

Após determinação da satisfação da imagem corporal através da diferença entre a silhueta atual e a silhueta desejada obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 8. Verifica-se que 14,1% (26) dos alunos inquiridos manifestaram desejo de ganhar peso, destes 12 eram rapazes e 14 raparigas. Por outro lado, 38% (70) dos inquiridos estava satisfeito com a imagem e com o peso que tinham. Constata-se ainda que 47,8% (88) dos alunos deseja perder

peso, destes 36 (43,4%) eram rapazes e 52 (51,5%) raparigas. Podemos concluir que 38% (70) dos alunos estava satisfeito com a silhueta e 62% (114) não estava satisfeito.

Tabela 8 - Caraterização da satisfação da imagem corporal

Variáveis		Sexo		Total N (%linha) %coluna
		Masculino	Feminino	
		N (%linha) %coluna	N (%linha) %coluna	
Imagem corporal	Ganhar peso	12(46,2%)	14(53,8%)	26(100%)
		14,4%	13,9%	14,1%
	Satisfação com peso	35(50,0%)	35(50,0%)	70(100%)
		42,2%	34,6%	38,0%
	Perda de peso	36(40,9%)	52(59,1%)	88(100%)
		43,4%	51,5%	47,8%
	Total	83(45,1%)	101(54,9%)	184(100%)
		100%	100%	100%

Na escala de Collins também se questionam os adolescentes sobre o fato de se considerarem gordos ou não e o que desejariam em relação ao seu peso . Os resultados apresentam-se na tabela 9, observando-se que a maioria, 71,2% (131) dos alunos inquiridos acha que não é gordo nem magro, destes 60 eram rapazes e 71 raparigas. Por outro lado, 17,4% (32) dos inquiridos pensa que é gordo e 11,4% (21) pensa que são magros.

Quanto ao peso, verifica-se que a maioria, 52,7% (97) deseja manter o peso atual; 34,2% (63) desejam perder peso e destes a maioria são raparigas; 13,0% (24) desejam ganhar peso sendo 15 rapazes e 9 raparigas.

Tabela 9 - Caracterização da imagem

Variáveis		Sexo		Total N (%linha) %coluna
		Masculino	Feminino	
		N (%linha) %coluna	N (%linha) %coluna	
Acho que sou	Gordo	13(40,0%) 15,7%	19(59,4%) 18,8%	32(100%) 17,4%
	Nem gordo nem magro	60(45,8%) 72,3%	71(54,2%) 70,3%	131(100%) 71,2%
	Magro	10(47,6%) 12,0%	11(52,4%) 10,9%	21(100%) 11,4%
	Total	83(45,1%) 100%	101(54,9%) 100%	184(100%) 100%
	Perder peso	19(30,2%) 22,9%	44(69,8%) 43,6%	63(100%) 34,2%
	Ganhar peso	15(62,5%) 18,1%	9(37,5%) 8,9%	24(100%) 13,0%
Gostaria	Manter peso	49(50,5%) 59,0%	48(49,5%) 47,5%	97(100%) 52,7%
	Total	83(52,5%) 100%	101(47,5%) 100%	184(100%) 100%

3.4. Inferência estatística

Nesta secção apresentam-se os resultados obtidos pela aplicação dos métodos estatísticos analíticos.

Por análise da tabela 10, e do cruzamento das atitudes alimentares com as variáveis: sexo, ano de escolaridade, IMC, prática de exercício físico, local habitual de almoço, deslocação para a escola e proveniência, verifica-se que, em relação ao sexo, em termos médios as raparigas apresentaram resultados ligeiramente mais elevados. As diferenças observadas apresentaram evidência estatística na dimensão cumprimento da dieta e na globalidade da escala TAAc, ou seja, as atitudes alimentares são estatisticamente distintas entre os rapazes e as raparigas em estudo nestas situações. Em ambas as situações foram as raparigas que apresentaram valores médios mais elevados, assim como maior dispersão de resultados; na dimensão cumprimento da dieta observou-se valor médio de $4,73 \pm 5,26$ nas raparigas e

3,33±4,60 nos rapazes e na globalidade da escala TAAc observou-se valor médio de 9,48±8,38 nas raparigas e 7,55±7,91 nos rapazes.

Relativamente ao ano de escolaridade verificou-se que os alunos do 11º ano apresentaram resultados mais elevados, quer em termos médios quer em termos de dispersão de resultados, na dimensão aspetos relativos ao cumprimento da dieta (média de 4,66±6,21); na dimensão controlo da ingestão alimentar (média de 4,11±3,13) e na globalidade da escala (média de 10,26±9,41). Os alunos do 10º ano apresentaram os resultados mais baixos na dimensão aspetos relativos ao cumprimento da dieta (média de 3,58±4,03), na dimensão preocupação com comida e bulimia (média de 1,42±2,41) e na globalidade da escala (média de 7,66±7,33). As diferenças observadas são estatisticamente significativas na dimensão controlo da ingestão alimentar.

Quanto ao IMC consideram-se os alunos que apresentaram classificação normal e agruparam-se os que apresentaram sobrepeso e obesidade, excluíram-se os alunos em estado desnutrido pela pequena frequência (1 rapaz e 2 raparigas). Conclui-se que as diferenças observadas não eram estatisticamente significativas, ou seja, não há relação entre as atitudes alimentares e o IMC.

Relativamente à prática de exercício físico também se concluiu que as diferenças observadas não eram estatisticamente significativas, ou seja, as atitudes alimentares são estatisticamente idênticas entre os alunos que praticam exercício físico e os alunos que não praticam.

No que concerne ao local onde habitualmente almoça, modo como se desloca para a escola e a proveniência, conclui-se que as diferenças observadas não eram estatisticamente significativas, ou seja, as atitudes alimentares são estatisticamente idênticas entre os alunos que habitualmente almoçam na escola ou em casa; entre alunos que se deslocam de carro para a escola e os que se deslocam a pé e também entre alunos provenientes do meio rural e os alunos provenientes do meio urbano.

Tabela 10 - Cruzamento da variável atitudes alimentares versus; sexo, ano de escolaridade, prática de desporto, IMC, local habitual de almoço, forma de deslocamento para a escola proveniência

Variáveis	Opção	Aspetos relativos ao cumprimento dieta	Preocupação com comida e bulimia	Controlo da ingestão alimentar	TAAc
Sexo	Masculino Média (d. padrão)	3,33(4,60)	1,47(2,76)	2,76(3,47)	7,55(7,91)
	Feminino Média (d. padrão)	4,73(5,26)	1,59(2,51)	3,15(2,88)	9,48(8,38)
	Mann-Whitney Valor prova (p)	0,027*	0,286	0,112	0,026*
Ano escolaridade	10º ano Média (d. padrão)	3,58(4,03)	1,42(2,41)	2,66(3,52)	7,66(7,33)
	11º ano Média (d. padrão)	4,66(6,21)	1,49(2,13)	4,11(3,13)	10,26(9,41)
	12º ano Média (d. padrão)	4,07(4,58)	1,70(3,22)	2,15(2,43)	7,92(7,61)
	Kruskal Wallis Valor prova (p)	0,732	0,797	0,000**	0,212
IMC	Normal Média (d. padrão)	3,92(4,84)	1,51(2,54)	2,98(3,16)	8,41(8,05)
	Sobrepeso/Obesidade Média (d. padrão)	4,70(4,82)	1,41(2,90)	2,26(2,14)	8,37(6,34)
	Mann-Whitney Valor prova (p)	0,115	0,686	0,418	0,671
Prática de exercício físico	Sim Média (d. padrão)	4,18(5,01)	1,56(2,58)	3,13(3,50)	8,87(8,71)
	Não Média (d. padrão)	3,95(5,04)	1,50(2,70)	2,67(2,37)	8,13(7,21)
	Mann-Whitney Valor prova (p)	0,563	0,615	0,888	0,754
Onde almoço habitualmente	Cantina Média (d. padrão)	4,39(5,51)	1,62(2,46)	3,21(3,75)	9,22(8,72)
	Casa Média (d. padrão)	3,88(4,64)	1,48(2,46)	2,80(2,66)	8,17(7,82)
	Mann-Whitney Valor prova (p)	0,971	0,174	0,954	0,665
Deslocação para a escola	Transporte Média (d. padrão)	3,98(4,93)	1,59(2,63)	3,01(3,29)	8,58(7,86)
	A pé Média (d. padrão)	4,38(5,22)	1,41(2,59)	2,89(2,85)	8,68(9,01)
	Mann-Whitney Valor prova (p)	0,687	0,597	0,967	0,742
Proveniência	Meio urbano Média (d. padrão)	4,13(5,20)	1,60(2,60)	3,17(3,34)	8,91(8,63)
	Meio rural Média (d. padrão)	4,00(4,44)	1,35(2,69)	2,37(2,44)	7,71(6,76)
	Mann-Whitney Valor prova (p)	0,585	0,569	0,210	0,633

*-significativo a 5%; **-significativo a 1%

Na tabela 11 apresentam-se os resultados do cruzamento da satisfação com a silhueta com as variáveis: sexo, ano de escolaridade, da prática de exercício físico, IMC, local habitual de almoço, forma de deslocar para a escola e proveniência.

Relativamente ao sexo verifica-se que dos 70 alunos satisfeitos com a silhueta, 42,2% (35) eram rapazes. Contudo em ambos os sexos prevalece a não satisfação com a silhueta. A um nível de significância de 5% constata-se que a satisfação com a silhueta não estava significativamente associada ao sexo do aluno em estudo.

Quanto ao ano de escolaridade verifica-se que em todos os anos prevalece a não satisfação com a silhueta com destaque para o 12º ano em que dos 61 alunos que o frequentava 67,2% (41) manifestou não satisfação. No 10º e 11º ano os resultados são muito idênticos. A um nível de significância de 5% constata-se que a satisfação com a silhueta não estava significativamente associada ao ano de escolaridade do aluno em estudo.

No que trata a prática de desporto é possível verificar que dos 70 alunos satisfeitos com a silhueta 71,4% (50) praticavam desporto. Contudo, a um nível de significância de 5% conclui-se que a satisfação com a silhueta não estava significativamente associada à prática desportiva.

Relativamente ao IMC verifica-se que dos 70 alunos que manifestaram satisfação com a silhueta 94,3% (66) apresentavam IMC normal. Por outro lado, atendendo aos alunos com IMC normal observa-se que a maioria deles, 57,1% (88) não estava satisfeito com a sua silhueta. A nível de significância de 5% podemos afirmar que a satisfação com a silhueta estava estatisticamente associada ao IMC dos alunos em estudo, destacando-se que esta é mais evidente em alunos com IMC normal.

Quanto ao local onde habitualmente almoça verifica-se que os resultados obtidos foram idênticos entre alunos que almoçam na escola ou em casa. Globalmente 38% (70) dos alunos estava satisfeito com a sua silhueta, sendo idêntica a percentagem de satisfação com a silhueta dos que almoçavam na cantina, 37,7% (29), assim como nos que almoçavam em casa, 38,3% (41). Ou seja, a um nível de significância de 5% conclui-se que a satisfação com a silhueta era estatisticamente independente do local de almoço.

Relativamente ao transporte utilizado na deslocação para a escola verifica-se que, dos 128 que utilizam transporte 66,4% (85) não estavam satisfeitos com a silhueta e no caso dos 56 alunos que iam a pé para a escola 51,8% (29) manifestou não estar satisfeito. Ou seja, a prevalência de não satisfação é superior nos alunos que se deslocam de transporte. Contudo, a um nível de significância de 5%, conclui-se que a satisfação com a silhueta não estava significativamente associada ao modo de deslocação para a escola.

Quanto à proveniência dos alunos verifica-se que dos 70 alunos satisfeitos com a silhueta 78,6% (55) viviam no meio urbano e 21,4% (15) no meio rural. Contudo, a um nível de significância de 5% conclui-se que a satisfação com a silhueta era estatisticamente independente da proveniência do aluno.

Tabela 11 - Cruzamento da variável satisfação com silhueta versus: sexo, ano de escolaridade, da prática de desporto, IMC, local habitual de almoço, forma de deslocar para a escola e proveniência

Variáveis		Classificação silhueta		Total	Qui-quadrado
		Satisfeito N (%linha) %coluna	Não satisfeito N (%linha) %coluna	N (%linha) %coluna	Estatística teste (valor de prova)
Sexo	Masculino	35(42,2%)	48(57,8%)	83(100%)	1,092 (0,296)
		50,0%	42,1%	45,1%	
	Feminino	35(34,7%)	66(65,3%)	101(100%)	
		50,0%	57,9%	54,9%	
	Total	70(38,0%)	114(62,0%)	184(100%)	
		100%	100%	100%	
Ano de escolaridade	10º ano	25(40,3%)	37(59,7%)	62(100%)	1,075 (0,584)
		35,7%	32,5%	33,7%	
	11º ano	25(41,0%)	36(59,0%)	61(100%)	
		35,7%	31,6%	33,2%	
	12º ano	20(32,8%)	41(67,2%)	61(100%)	
		28,6%	36,0%	33,2%	
		70(38,0%)	114(62,0%)	184(100%)	
		100%	100%	100%	
Prática de desporto	Sim	50(41,7%)	70(58,3%)	120(100%)	1,921 (0,166)
		71,4%	61,4%	65,2%	
	Não	20(31,3%)	44(68,8%)	64(100%)	
		28,6%	38,6%	34,8%	
	Total	70(38,0%)	114(62,0%)	184(100%)	
		100%	100%	100%	
IMC	Normal	66(42,9%)	88(57,1%)	154(100%)	7,617** (0,006)
		94,3%	79,3%	85,1%	
	Sobrepeso/Obesidade	4(14,0%)	23(85,2%)	27(100%)	
		5,7%	20,7%	14,9%	
	Total	70(38,7%)	111(61,3%)	184(100%)	
		100%	100%	100%	
Onde almoça habitualmente	Cantina	29(37,7%)	48(62,3%)	77(100%)	0,008 (0,928)
		41,4%	42,1%	41,8%	
	Casa	41(38,3%)	66(61,7%)	107(100%)	
		58,6%	57,9%	58,2%	
	Total	70(38,0%)	114(62,0%)	184(100%)	
		100%	100%	100%	
Deslocação para a escola	Transporte	45(55,6%)	85(66,4%)	128(100%)	3,533 (0,060)
		61,4%	74,6%	69,6%	
	A pé	27(48,2%)	29(51,8%)	56(100%)	
		38,6%	25,4%	30,4%	
	Total	70(38,0%)	114(62,0%)	184(100%)	
		100%	100%	100%	
Proveniência	Meio urbano	55(57,6%)	83(60,1%)	138(100%)	0,769 (0,381)
		78,6%	72,8%	75,0%	
	Meio rural	15(32,6%)	31(67,4%)	46(100%)	
		21,4%	27,2%	25,0%	
	Total	70(38,0%)	114(62,0%)	184(100%)	
		100%	100%	100%	

*-significativo a 5%; **-significativo a 1%

Com o intuito de procurar responder ao objetivo – identificar a relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário - apresenta-se na tabela 12 os resultados da escala TAAc relativamente à satisfação com a imagem corporal. Verifica-se que, em termos médios e também de dispersão os jovens não satisfeitos com a sua silhueta apresentaram resultados mais elevados nos aspetos relativos ao cumprimento da dieta ($4,69 \pm 5,19$); no controlo da ingestão alimentar ($2,62 \pm 2,83$) e na globalidade da TAAc ($8,79 \pm 8,32$). Na dimensão preocupação com comida e bulimia foram os alunos satisfeitos com a imagem que apresentaram maior valor médio e menor dispersão, $1,64 \pm 2,53$. As diferenças observadas apresentaram evidência estatística na dimensão cumprimento da dieta e controlo da ingestão alimentar, ou seja, as atitudes alimentares são estatisticamente distintas entre os jovens satisfeitos e não satisfeitos com a silhueta nestas duas dimensões.

Tabela 12 - Resultados da escala TAAc para satisfação com imagem corporal

Variável	Opção	Aspetos relativos ao cumprimento dieta	Preocupação com comida e bulimia	Controlo da ingestão alimentar	TAAc
Satisfação com imagem corporal	Satisfeito Média (d. padrão)	3,13(4,57)	1,64(2,53)	2,54(3,57)	8,31(8,07)
	Não satisfeito Média (d. padrão)	4,69(5,19)	1,47(2,68)	2,62(2,83)	8,79(8,32)
	Mann-Whitney Valor prova (p)	0,004**	0,330	0,033*	0,638

*-significativo a 5%; **-significativo a 1%

4. Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos e para auxiliar a compreensão dos mesmos, complementa-se esta investigação com a discussão dos resultados em função dos objetivos delineados.

No nosso estudo, em termos de IMC, verificou-se que a média das raparigas foi de $21,63 \pm 2,80$ e dos rapazes foi de $22,03 \pm 2,99$. Os resultados do IMC em relação ao sexo dos alunos do presente estudo, demonstraram que 85,15% das raparigas apresentavam estado nutricional normal e que 81,93% dos rapazes também apresentavam um estado nutricional normal. No estudo HBSC (2014) a maioria dos adolescentes, 63,3% também apresentavam um IMC normal, 18,5% apresentavam magreza, 15,2% apresentavam excesso de peso e 3% obesidade. O estudo de Viveiro, Brito e Moleiro (2016) evidenciou uma percentagem de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade superior ao revelado no presente estudo, pois a prevalência de sobrepeso e obesidade segundo os critérios da OMS foi de 20,5 e 14,9% respetivamente.

Quando questionados sobre a prática de atividade física, 65,2% dos jovens afirmaram praticar exercício físico, sendo 52,5% rapazes e 47,5% raparigas. Relativamente à frequência da prática desportiva observa-se que 42,5% o fazem duas vezes por semana e 33,3% afirmaram praticar três vezes por semana. Observa-se que os rapazes praticam mais frequentemente desporto que as raparigas.

No estudo HBSC (2014), mais de metade dos adolescentes relatava praticar atividade física três ou mais vezes por semana; no que se refere ao número de horas semanais de exercício fora do horário escolar, mais de um quarto dos adolescentes, 27%, faz cerca de uma hora por semana. Neste estudo foram os rapazes que praticaram mais horas semanais de exercício físico fora do horário escolar. As raparigas e os jovens mais velhos, do 10º ano, praticam menos atividade física. O estudo de Pereira (2016), corrobora estes resultados, pois constatou também que eram os rapazes mais novos que praticavam mais frequentemente desporto.

No nosso estudo, para responder ao objetivo: (i) avaliação das atitudes alimentares dos estudantes do ensino secundário, utilizando a escala TAAC, pode-se constatar em todas

as dimensões da escala valores médios baixos, assim como os valores da mediana o que traduz comportamentos alimentares normais.

Altos índices de atitudes alimentares inadequadas foram encontrados no estudo de Krepp e Ferreira (2012), tal como no estudo de Teixeira (2014), realizado em Coimbra, onde numa amostra de 978 adolescentes, os jovens inquiridos manifestavam índices de atitudes e comportamentos alimentares elevados, com prevalência nas raparigas. Os resultados apresentados pela autora circunscrevem-se a 124 alunos (12,33%) da amostra total com atitudes alimentares disfuncionais. Confrontando o nosso estudo com os estudos de Teixeira (2014) e Krepp e Ferreira (2012), a nossa amostra apresentou resultados indicativos de Atitudes Alimentares com valores de média e moda mais baixos. Nos estudos utilizados para fazer esta comparação transparecem assim maior disfuncionalidade das atitudes alimentares, com prevalência para as raparigas.

No que concerne ao segundo objetivo : (ii) avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário, constatou-se que 14,1% dos alunos inquiridos manifestaram desejo de ganhar peso e 47,8% dos alunos deseja perder peso. Quando os adolescentes foram questionados sobre o facto de se acharem gordos ou magros, constatou-se que a maioria (71,2%) dos alunos inquiridos acha que não é gordo nem magro. Quanto ao peso, analisou-se que a maioria (52,7%) deseja manter o peso atual.

38% dos alunos estava satisfeito com a imagem corporal e 62% não estava satisfeito.

Os dados nacionais da saúde dos adolescentes portugueses (HBSC, 2014) referem que mais de metade dos adolescentes, 53,4%, afirmaram que não estavam a fazer dieta, porque estão satisfeitos com o seu peso. Os rapazes consideram mais frequentemente ter um corpo ideal. Os resultados corroboram o nosso estudo, onde o sexo feminino refere mais frequentemente estar a fazer dieta. Os adolescentes do 10º ano são os que mais frequentemente afirmam que não estão a fazer dieta, mas precisam de perder peso.

O estudo de Francisco, Narciso e Alarcão (2012), procurou avaliar a satisfação com a imagem corporal dos adolescentes e adultos portugueses. Como resultados obtiveram que todas as participantes do sexo feminino que selecionaram até à silhueta 3 como Imagem Corporal Atual (ICA), em geral, idealizam uma imagem mais volumosa. Referem, ainda que desejam ser ligeiramente mais magras, a silhueta 4 é aquela que surge mais associada à

satisfação com a imagem corporal. Os participantes do sexo masculino, apresentam maior satisfação corporal, representado pela escolha da silhueta 5 como ICA. Todos os rapazes e homens adultos, abaixo da silhueta 5, desejam ter uma aparência mais volumosa. Em ambos os sexos, os valores de discrepância aumentam à medida que aumenta o número da silhueta representativa da ICA. Assim como, em ambos os sexos, é de notar que os valores negativos de discrepância surgem a partir da silhueta 4 como ICA para o sexo feminino, enquanto para o sexo masculino estes valores surgem fundamentalmente a partir da silhueta 6. De forma conclusiva afirmaram que os adolescentes se encontram mais satisfeitos que os adultos.

Confrontamo-nos com o estudo de Simões (2014), no que respeita à imagem corporal “real”, a maioria das adolescentes de peso normal escolhe a silhueta 3 (43.7%), as adolescentes com excesso de peso escolhem maioritariamente as silhuetas 4 (38.5%) e 5 (34.6%), e metade das adolescentes com obesidade escolhe a silhueta 5. Em relação à imagem corporal “ideal”, a maior parte das adolescentes do grupo de peso normal e de excesso de peso escolhe a silhueta 3 (62% e 53.8%, respetivamente) e do grupo de obesidade escolhe a silhueta 4 (54%). Podemos verificar que, em relação à imagem corporal “real”, a maioria dos adolescentes de peso normal escolhe a silhueta 3 (39.4%), os adolescentes com excesso de peso escolhem maioritariamente a silhueta 5 (41.7%), e os adolescentes com obesidade escolhem a silhueta 4,5 (45.7%). Relativamente à imagem corporal “ideal”, a maior parte dos adolescentes com peso normal e com obesidade escolhe a silhueta 4 (45.5% e 69.6%, respetivamente) e os adolescentes com excesso de peso escolhem a silhueta 3 (41.7%).

Teixeira (2014) na sua investigação, sobre a insatisfação corporal constata que a pontuação média para a figura real foi de 5.11, e a pontuação média para a figura ideal foi de 4.61, diferença estatisticamente significativa. Nas raparigas, os valores médios foram respetivamente de 4.89 e de 4.09 e a diferença foi também estatisticamente significativa. Assim Teixeira (2014) refere que o grau de Insatisfação Corporal, avaliado pela diferença entre a figura real e a figura desejada ou ideal, foi negativo. O grau de Insatisfação Corporal foi também negativo e significativamente superior no sexo feminino do que no sexo masculino. Verificamos que em ambos os estudos o sexo feminino é o que mais se preocupa com a imagem corporal.

No que respeita a este item da imagem corporal “real” e à imagem corporal “ideal”; constatamos que estatisticamente os resultados dos estudos de Simões (2014),e, Teixeira de

(2014), são similares. Na análise dos resultados em ambos estudos, aferimos, que os adolescentes com obesidade são análogos na escolha da silhueta, entre a 4,5 e 5 na escala de Collins. Averiguamos em ambos os estudos, que o sexo feminino se preocupa mais com a imagem corporal, e, vai ao encontro da análise do nosso estudo.

No estudo de Marques *et al.* (2016), foram inquiridos 223 jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos de idade de três escolas da cidade de Viseu, onde foi feita uma avaliação da satisfação com a imagem corporal através da escala Stunkard. Apesar de a escala de avaliação ser de outro autor, o significado e a sua dinâmica é muito semelhante, o que nos permite fazer uma comparação de resultados proporcional. Os resultados obtidos no estudo de Marques *et al.* (2016) demonstravam que a silhueta 3 foi selecionada por 48,6% das raparigas como a ideal, seguindo-se a silhueta 4 por 39,0%. A maioria dos rapazes (52,1%) apontou a silhueta 4 como a ideal, seguindo-se a silhueta 5 por 24,7%. Relativamente à satisfação com a imagem corporal, 64,6% estavam insatisfeitos com a mesma, com uma maior prevalência para o sexo feminino.

Verificamos então concordância na comparação do nosso estudo com os estudos de Francisco, Narciso e Alarcão (2012), Simões (2014), Teixeira (2014) e Marques *et al.* (2016), verificando que os resultados são similares, tanto na escolha das silhuetas “real” e “ideal”, como a presença maioritária na insatisfação da imagem corporal e os resultados revelaram ainda percentagens mais elevadas no sexo feminino no que respeita à insatisfação da imagem corporal.

No sentido de responder ao terceiro objetivo desta investigação: (iii) identificar a relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário, executou-se uma inferência estatística de modo a relacionar as diferentes variáveis.

No que respeita aos dados da TAAc relativamente à satisfação com a imagem corporal são evidentes as diferenças estatisticamente significativas na dimensão cumprimento da dieta, e, as atitudes alimentares são estatisticamente distintas entre os rapazes e as raparigas na nossa investigação. Verifica-se que, em termos médios e também de dispersão os jovens não satisfeitos com a sua silhueta apresentaram resultados mais elevados nos aspetos relativos ao cumprimento da dieta ($4,69 \pm 5,19$); no controlo da ingestão alimentar ($2,62 \pm 2,83$) e na globalidade da TAAc ($8,79 \pm 8,32$). Na dimensão preocupação com a comida e bulimia foram

os alunos satisfeitos com a imagem que apresentaram maior valor médio e menor dispersão, $1,64 \pm 2,53$. As diferenças observadas apresentaram evidência estatística na dimensão cumprimento da dieta e controlo da ingestão alimentar, ou seja, as atitudes alimentares são estatisticamente distintas entre os jovens satisfeitos e não satisfeitos com a silhueta nestas duas dimensões.

Laus, Souza, Moreira e Costa (2010), desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar as relações entre insatisfação com a aparência e atitudes alimentares em adolescentes concluindo que as raparigas são mais insatisfeitas com a aparência e mais preocupadas com a alimentação, e ainda que, indivíduos insatisfeitos com a aparência têm preocupações anormais com relação à alimentação e peso, independentemente do gênero.

No estudo efetuado por Krepp e Ferreira (2012), os resultados demonstraram um significativo número de adolescentes que apresentam comportamentos alimentares de risco e uma alta prevalência de distorção corporal grave e moderada, observando que as adolescentes que apresentam distorção de imagem corporal têm um risco significativo de ter um distúrbio alimentar, independente do grau de distorção. Em conclusão, foram encontrados altos índices de atitudes alimentares inadequadas e de insatisfação com a imagem corporal, mostrando a necessidade de implantação de programas de educação nutricional.

Ao examinar a escala TAAc no seu todo, e a sua relação as variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais constata-se que foram as raparigas que apresentaram valores médios mais elevados, na dimensão cumprimento da dieta observou-se valor médio de 4,73 nas raparigas e 3,33 nos rapazes e na globalidade da escala TAAc observou-se valor médio de 9,48 nas raparigas e 7,55 nos rapazes. Estes resultados são similares aos encontrados na literatura, que corroboram que as atitudes alimentares disfuncionais são muito mais frequentes no sexo feminino (Gonzales-Juárez *et al* (2007); Maor, Sayag, Dahan & Hermoni (2006); Vilela, Lamounier, Dellaretti, Barros & Horta (2004)).

Respeitante ao ano de escolaridade verificou-se que os alunos do 11º ano apresentaram resultados mais elevados na dimensão aspetos relativos ao cumprimento da dieta; na dimensão controlo da ingestão alimentar e na globalidade da escala, os alunos do 10º ano

enunciaram os resultados mais baixos na dimensão aspetos relativos ao cumprimento da dieta, na dimensão preocupação com comida e bulimia e na globalidade da escala. As diferenças consideradas são estatisticamente significativas na dimensão controlo da ingestão alimentar. No que concerne a este aspeto, Barry (1990), refere que a prevalência das distorções alimentares é variável consoante a idade. Os estudos de Teixeira (2008) e de Miotto (2003) corroboram o nosso estudo, constatando-se que a faixa etária dos 16-17 anos tinha valores mais elevados nos testes de atitudes alimentares.

Quanto ao IMC conclui-se que as diferenças observadas não eram estatisticamente significativas, ou seja, não há relação entre as atitudes alimentares e o IMC. Estes resultados são opostos aos observados em vários estudos. Teixeira (2014), constatou que as pontuações médias no Teste de Atitudes Alimentares se correlacionaram positiva e significativamente com o IMC. Outros estudos publicados encontraram atitudes alimentares disfuncionais nos adolescentes com IMC mais elevado (Abbate-Daga, Gramaglia, Malfi, Piero & Fassino (2007); Gil Garcia, Ortiz Gómez & Fernandes (2007)).

São inegáveis os impactos positivos que a prática regular de atividade física tem para a saúde, no entanto e no que concerne às atitudes alimentares, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que praticam exercício físico e os alunos que não praticam. Resultados diferentes obtiveram os estudos Braggion, Matsudo & Matsudo (2005) que afirmaram que os participantes com atitudes alimentares inadequadas realizavam menos atividade física.

No que concerne à relação entre o grau de satisfação com a imagem corporal e as variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais verifica-se que dos 70 alunos satisfeitos com a silhueta, 42,2% eram rapazes. Contudo em ambos os sexos prevalece a insatisfação com a imagem corporal. Constata-se que a satisfação com a silhueta não estava significativamente associada ao sexo do aluno em estudo. Outros estudos têm apontado que jovens do sexo feminino apresentam maior insatisfação com a imagem corporal quando comparadas aos rapazes (Teixeira, 2014).

Quanto ao ano de escolaridade, verifica-se que em todos os anos prevalece a “não satisfação” com a silhueta, com destaque para o 12º ano em que 67,2% manifestou “não satisfação”. No 10º e 11º ano os resultados são muito idênticos, constata-se que a satisfação com a silhueta não estava significativamente associada ao ano de escolaridade do aluno em estudo. Outros estudos revelam que a idade apresenta-se associada à insatisfação com a imagem corporal (Ainett, Costa & Sá, 2017).

No que trata à prática de desporto é possível verificar que a satisfação com a silhueta não estava significativamente associada à prática desportiva. O estudo de Fortes, Almeida, Laus e Ferreira (2012) corrobora estes resultados onde se constatou que a taxa de satisfação corporal não estava relacionada com o exercício físico. Resultados diferentes obteve Teixeira (2014), constatando que os indivíduos que apresentavam maior insatisfação corporal tiveram 3,4 vezes mais probabilidades de praticar atividade física.

Relativamente ao IMC verifica-se que dos 70 alunos que manifestaram satisfação com a silhueta 94,3% (66) apresentavam IMC normal, destacando-se que a satisfação com a silhueta é mais provável em alunos com IMC normal.

Nos resultados apresentados por Francisco, Narciso e Alarcão (2012) consumou-se que o IMC, está também fortemente correlacionado com a Imagem Corporal, mais elevado nas participantes do sexo feminino. Estes autores concluíram que as participantes do sexo feminino apresentavam valores de IMC mais baixos e que em termos absolutos, a silhueta selecionada com mais frequência pelas participantes do sexo feminino foi a número 5 (24,9%), com um IMC médio de 20,6, que corresponde a um valor médio um pouco mais baixo que o IMC médio da amostra feminina global. Contudo, entre as adolescentes, com IMC médio, a figura mais frequentemente identificada com a IC é a número 4.

No estudo de Marques *et al.* (2016) avaliando a relação entre o IMC e a satisfação com a imagem corporal, observou-se que a insatisfação com a imagem corporal foi total nos adolescentes com baixo peso e bastante elevada nos jovens com obesidade (78,6%) e excesso de peso (77,4%), mas também presente na maioria dos jovens com peso adequado (61,5%).

Existe concordância com os estudos realizados por Francisco, Narciso e Alarcão (2012) e Marques *et al.* (2016), verificando-se que os resultados sugerem insatisfação com a imagem

corporal nos adolescentes portugueses, mesmo em jovens com peso adequado, sendo mais significativo nos adolescentes com excesso de peso ou obesos e no sexo feminino.

Conclusão

Abreviando, e em forma de conclusão, o estudo permite constatar que 81,93% dos rapazes e 85,15% das raparigas apresentam estado nutricional normal.

No que concerne às atitudes alimentares, verifica-se em todas as dimensões da escala TAAc, valores médios e da mediana baixos, não revelando atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais.

A aplicação da Escala de Silhuetas de Collins é um recurso de cálculo adequado para a apreciação do nível de satisfação com a imagem corporal de crianças e adolescentes com peso normal, e/ou excesso de peso e obesidade. Pode-se concluir que 38% (70) dos alunos estava satisfeito com a imagem corporal e 62% (114) não estava satisfeito.

Quanto à relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal, as diferenças observadas apresentaram evidência estatística na dimensão cumprimento da dieta ($p=0,004$) e controlo da ingestão alimentar ($p=0,033$).

Do cruzamento satisfação com a silhueta *versus* variáveis sociodemográficas, académicas, antropométricas e comportamentais verificou-se que a imagem corporal está estatisticamente associada ao IMC ($p=0,006$), sendo que a maioria dos estudantes satisfeitos apresenta IMC normal. Por último, as atitudes alimentares parecem estar associadas ao sexo ($p=0,026$), com o sexo feminino a apresentar valores médios mais elevados. Ainda relativamente às atitudes alimentares, a dimensão *controlo da ingestão alimentar* apresenta diferenças significativas em função do ano de escolaridade $p=0,001$.

Na sua globalidade, os adolescentes da nossa amostra encontram-se na sua maioria (62%) insatisfeitos com a imagem corporal apesar de revelarem atitudes alimentares normais. As atitudes alimentares são diferentes entre os jovens satisfeitos e os não satisfeitos com a sua silhueta, e por conseguinte, com a sua imagem corporal. As dimensões estudadas onde se

verifica maior prevalência de não satisfação são, aspetos relativos ao cumprimento da dieta e o controlo da ingestão alimentar.

Esta investigação foi de todo pertinente e envolve duas áreas importantes, a saúde escolar e a saúde pública. Salienta-se a importância da prevenção e intervenção ser levada a cabo por equipas multidisciplinares, que avaliem e intervenham eficazmente nos problemas Sociodemográficos, Socioeducativos e Psicossociais que os jovens enfrentam. Espera-se que os resultados do trabalho venham a ter implicações práticas e que outros adolescentes possam beneficiar.

Neste sentido, os nossos resultados, realçam a necessidade de intervenções educativas e adaptadas de acordo com a idade e género do jovem. Será importante a implementação de estratégias e intervenções Socioeducativas ao nível de fatores que levam à insatisfação com a imagem corporal (grupo de pares, media, estigma), de modo a que não sejam apenas os jovens alvo de prevenção e intervenção mas que estas medidas sejam alargadas ao ecossistema, à dinâmica familiar por exemplo, os seus pais/cuidadores. “De pequenino se torce o pepino”. Tendo em conta que os primeiros anos de vida são fundamentais, para o crescimento físico, desenvolvimento psicossocial, construção de identidade, e, por consequentemente a aquisição de hábitos alimentares, mais ou menos saudáveis de acordo com as atitudes e comportamentos da família, definindo futuros padrões de consumo. Somos adeptos que a prevenção deve ser basilar na educação sim, mas também ser direcionada aos pais de forma a intervirem precocemente na educação para uma alimentação saudável e equilibrada e boas práticas alimentares mesmo dentro dos padrões culturais.

Referências Bibliográficas

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Malfi, G., Piero, A. & Fassino, S.. (2007). Eating Problems and Personality Traits. An Italian Pilot Study among High School Students. *Eur Eat Disord Rev.* Nov;15(6):471-8. Consultado a 9 de junho de 2018. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17960784> ;
- Adami, F., Fernandes, T.C., Frainer, D.E.S & Oliveira, F.R. (2005). Aspetos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. *Revista Digital- Buenos Aires.* Ano 10, N.º 83. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd83/imagem.htm> ;
- Ainett, W.S.O., Costa, V.V.L. & Sá, N.N.B.. (2017). Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal em estudantes de nutrição. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* V.11, N.62,p 75-8. Consultado a 10 de junho de 2018. Disponível em <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/487/419> ;
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A. & Leirós, V. (2009). Cultura e Imagem Corporal. *Fundação Técnica e Científica do Desporto. Motricidade.* 5(1), 1-20. Consultado a 5 de novembro de 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/262670612_Cultura_e_imagem_corporal ;
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5]. 5ª Edição. Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-347-8.
- Andrade, I. M.V.V.. (2011). *Caraterização da alimentação nos jovens que frequentam o 8º ano e o 11º ano de escolaridade no concelho de Coimbra.* Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Consultada a 27 de abril de 2018. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23395> ;

- Arcan, C., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Van Den Berg, P., Story, M. & Larson, N.. (2007). Parental eating behaviours, home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods: longitudinal findings from Project EAT. *Public Health Nutr.* 2007 Nov;10(11):1257-65. Epub 2007 Mar 29. Consultado a 1 de setembro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391551> ;
- Associação Portuguesa de Dietistas [APD]. (2016). *Dieta Mediterrânea*. Consultada a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://apdietistas.pt/nutricao-saude/alimentacao-na-saude/dieta-mediterranea> ;
- Associação Portuguesa de Nutricionistas [APN]. (2014). *Dieta Mediterrânica – um padrão de alimentação saudável*. Consultado a 25 de março de 2018. Disponível em: http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf;
- Associação Portuguesa de Nutricionistas [APN]. (2016). *Alimentação Mediterrânica*. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0E0C0F> ;
- Barry, A. & Lipmann, B.B. (1990). Anorexia nervosa in males. *Postgraduate Medicine*. 24: 12-18. Consultado a 6 de junho de 2018. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2345713> ;
- Braggion G., Matsudo, S. & Matsudo, V.. (2005). Consumo alimentar, atividade física e percepção corporal em adolescentes. *Revista Brasileira Ciências e Movimento Brasília*, 8 (1): 15-21. Consultado a 10 de junho de 2018. Disponível em <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/04/atividade-fisica-em-adolescentes-brasileiros-uma-revisao-sistematica.pdf> ;
- Carmo, I., Fagundes, M.J. & Brito, M.J.S.. (2012). *Diabesidade – A obesidade na prática clínica*. Bial. ISBN: 978-989-8483-08-9.;
- Castilho, S.M. (2003). A imagem corporal. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 25(2):126. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a16.pdf> ;

- Costa, M.M.G.T. (2008). *A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes. A problemática dos comportamentos de risco*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7232/2/Dissertao%20ultima%20verso%201205.pdf> ;
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina;
- Davim, R.M.B., Germano, R. M., Menezes, R.M.V. & Carlos, D.J.D.. (2009). Adolescente/Adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista Rene. Fortaleza*. V.10, n. 2, pp 131-140. Abr/jun/09. Consultado a 20 de maio de 2017. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3240/324027966015/> ;
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2005a). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Consultado a 29 de agosto de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf> ;
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2005b). Programa Nacional de Combate à Obesidade. Consultado a 29 de agosto de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx> ;
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Circular Normativa N.º 05/DSMIA – Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Atualização das Curvas de Crescimento*. Consultada a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf> ;
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2006a). *Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares – Circular Normativa*. Consultado a 2 de setembro de 2017. Disponível em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Nf2XoP2ha-QJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dgcg-de-05092003-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> ;

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2006b). *Programa de Saúde Escolar e Promoção de uma Alimentação Saudável em meio escolar*. Consultado a 2 de setembro de 2017. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude> ;
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx> ;
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Consultado a 28 de abril de 2018. Disponível em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf> ;
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2016a). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/> ;
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2016b). *Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde*. Consultado a 26 de março de 2017. Disponível em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1455296179Patr%C3%A3oAlimentarMediterr%C3%A2nico_Promotordesa%C3%BAde.pdf ;
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2016c). *A nova Roda dos Alimentos... um guia para a escolha alimentar diária!*. Consultado a 28 de março de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-roda-dos-alimentos-pdf.aspx>;
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2017). *Cartaz – Roda da Alimentação Mediterrânica*. Consultado a 26 de março de 2017. Disponível em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1485170312CartazA313_med.pdf ;
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2017a). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017*. Consultado a 27 de abril de 2018. Disponível em

https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf ;

Direção-Geral de Saúde e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [DGS -INSA]. (2011). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/521/1/36_Guia%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Nutricional%20.pdf ;

Fairburn, C. G. (2003). Eating disorders: The Transdiagnostic View And The Cognitive Behavioural Therapy. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 7-22). New York: The Guilford Press;

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Davies, B. A. (2005). Identifying Dieters Who Will Develop and Eating Disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2249-2255. Consultado a 14 de setembro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16330587> ;

Ferreira, M. & Nelas, P.B.. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Revista Educação, Ciência e Tecnologia*. Pp. 141-162. Consultado a 18 de julho de 2017. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf> ;

Fitzgerald, A., Heary, C. Nixon & Kelly, C.. (2010). Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promotion International*. 25, 3, 289-98. Consultado a 10 de setembro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20382978> ;

Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C. & Nixon, E.. (2009). Factors influencing the food consumption of children and adolescents: a qualitative investigation. *Proceedings of the Nutrition Society*. The challenge of translating nutrition research into public health nutrition. Dublin, Irlanda. 18–20 junho 2008, 67, OCE7, E226. Consultado a 14 de setembro de 2017. Disponível em <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/DCEDE95AAFC4C9BC71FD5473BFD3183A/S00296651080088>

[96a.pdf/factors_influencing_the_food_consumption_of_children_and_adolescents_a_qualitative_investigation.pdf](#) ;

Fortes, L.S. & Ferreira, M.E.C.. (2012). Satisfação com a imagem corporal e suas relações com variáveis antropométricas em jovens atletas masculinos. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*. V. 11, n. 2, p. 68-81. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/view/3499/3790> ;

Fortes, L.S., Almeida, S.S., Laus, M.F. & Ferreira, M.E.C.. (2012).. Grau de Comprometimento Psicológico ao Exercício e Comparação da Insatisfação Corporal de Atletas participante do Panamericano Escolar. *Rev Bras Med Esporte – Vol.18 N.4*. Consultado a 8 de junho de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v18n4/v18n4a04.pdf> ;

Fortes, L.S., Paes, S.T., Amaral, A.C.S. & Ferreira, M.E.C.. (2012). Comportamento alimentar inadequado e insatisfação corporal em jovens nadadores em função de variáveis sociodemográficas. *Psicologia: teoria & prática*. V.14, n.3, p. 123-133. Consultado a 18 de setembro de 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n3/v14n3a10.pdf> ;

Fortin, M.F.. (2003). *O processo de Investigação: Da conceção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência;

Fortin, M.F.. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta;

Francisco, R., Narciso, I. & Alarcão, M.. (2012). (In)satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o sucesso de validação da Contour Drawing Rating Scale. *RIDEP*, N.º 34, Vol. 1. Consultado a 12 de dezembro de 2017. Disponível em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/24685/1/Francisco%20et%20al%202012%20RIDEF.pdf> ;

- Gagueiro, J. & Pestana, M.. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa. ISBN: 972-618-391X.;
- Gil Garcia, E., Ortiz Gómez, T. & Fernandes, M.L.. (2007). Social profiles, Diet and Prediction of Eating Disorders in Urban Andalusian Adolescents. *Aten Primaria*; 39 (1): 7-13;
- Gonzales-Juárez,C.; Pérez-Perez, E.; Martín Cabrera, B.; Mitja Pau, I.; Roy de Pablo, R.; Vazquez de la Torre Escalera, P. (2007). Detection of Adolescents at Risk of Suffering Eating Disorders. *Aten Primaria*; Apr; 39(4): 189-94. Consultado em 10 de junho de 2018. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17428423> ;
- Graça, P. & Gregório, M.J. (2013). A construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Aspetos conceptuais, Linhas estratégicas e Desafios iniciais. *Revista Nutricias – APN – 18*: 6-9. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/04/A-Construcao-do-Programa-Nacional-para-a-Promocao-da-Alimentacao-Saudavel-Aspectos-Conceptuais-Linhas-Estrategicas-e-Desafios-Iniciais.-Revista-Nutricias-18_6-9.pdf ;
- HBSC (2014). Health Behaviour in School – Aged Children. A Saúde dos Adolescentes Portuguesas em Tempos de Recessão. Dados Nacionais 2014. Consultado a 18 de Maio de 2018. Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf ;
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, Prevalence And Mortality of Anorexia Nervosa And Other Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 289-394;
- Hoeken, D. V., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., & Hoek, H. W. (2009). The Validity And Utility of Subtyping Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (7), 595-602;

- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Silova, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J. & Rissanen A. (2007), Epidemiology And Course Of Anorexia Nervosa In The Community. *American Journal of Psychiatry*, 164 (8), 1259-1265;
- Krepp, A.C.M. & Ferreira, G.. (2012). Body Dissatisfaction and Eating Habits of Adolescents in a Private School in a Municipality in Southern Minas Gerais. *Revista Ciências em Saúde*, V2, n 4. Consultado a 16 de maio de 2018. Disponível em http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/download/121/112;
- Lally, P., Barttle, N. & Wardle, J. (2011), “Social norms and diet in adolescents”, *Appetite*, 57, 623–627.
- Laus, M.F., Costa, T.M.B. & Almeida, S.S.. Body image dissatisfaction and its relationship with physical activity and body mass index in Brazilian adolescents. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(4):315-320. Consultado a 24 de maio de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a01.pdf> ;
- Lírio, L.C.. (2012). A construção histórica da adolescência. *Revista Eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo da Faculdades EST*. N.28. maio-agosto. Consultado a 26 de maio de 2017. Disponível em <http://periodicos.est.edu.br/index.php/nepp/article/viewFile/250/351> ;
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek, H. W. (2007). The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal Of Eating Disorders*, 40, 212-217. Consultado a 5 de janeiro de 2018. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/eat.20358> ;
- Maor, N.R.; Savag, S; Dahan, R; Hermoni, D (2006). Eating Attitudes among Adolescents. *Irs Med Assoc J*; Sep; 8(9):627-9.
- Martins, D.F., Nunes, M.F.O. & Noronha, A.P.P. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*. 10(2): 94-105. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n2/v10n2a08.pdf> ;

- Miotto, P., De Coppi, M, Freza, M & Preti, A. (2003). The Spectrun of Eating Disorders: Prevalence in an Area of Northeast Italy. *Psychiatr Research*; 119: 145-54. Consultado a 1 de junho de 2018. Disponível em [https://www.psy-journal.com/article/S0165-1781\(03\)00128-8/pdf](https://www.psy-journal.com/article/S0165-1781(03)00128-8/pdf) ;
- Neumark-Sztainer, D. (2011). *Obesity and Body Image Image Youth*. In T. F. Cash & L. Smolak & (Eds.). *Body Image: A Handbook of Science, Praticice and Prevention*. (pp.180-188). New York: The Guilford Press.
- Oliveira, E.F.T. & Grácio, M.C.C.. (2005). Análise a respeito do tamanho de amostras aleatórias. *DataGramaZero - Revista de Ciências de Informação*, v.6, n.3, jun/05. Pp. 1-5. Consultado a 29 de abril de 2017. Disponível em http://www.brapci.ufpr.br/brapci/_repositorio/2010/08/pdf_e12cd1e212_0011612.pdf ;
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). *FAMUN 2015 – Facamp Model United Nations*. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: http://famun.com.br/2015/em/wp-content/uploads/2015/04/FAMUN-2015_OMS.pdf ;
- Pereira, A. (2016). Atividade Física extracurricular dos adolescentes. *Revista de Desporto e Actividade Física*. Volume 8, n. 1, pp. 23-35. Consultado a 16 de junho de 2018. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13162/3/Atividade%20fisica%20extra-curricular%20dos%20adolescentes.pdf> ;
- Pinto, C.M.T.M.Q.. (2017). *Atitudes e perceções dos adolescentes face à alimentação: estudo exploratório nos agrupamentos de escolas do município de Estarreja*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Consumo Alimentar. Consultado a 22 de setembro de 2017. Disponível em https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3087/1/TMCCA_CristinaPinto.pdf ;

- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora;
- Secchi, K., Camargo, B.V. & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abr-Jun, Vol. 25, n. 2, pp. 229-236. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf> ;
- Silva, G.A. & Lange, E.S.N. (2010). Imagem Corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicol. Argm. , Curritiba*. V. 28, n. 60, jan-mar, p. 43-54. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Psicologiaargumento/2010/vol28/no60/4.pdf> ;
- Silva, P.S.M., Viana, M.N. & Carneiro, S.N.V.. (2011). O desenvolvimento da adolescência na teoria de Piaget. *O Portal dos Psicólogos*. Consultado a 3 de agosto de 2017. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0250.pdf> ;
- Simões, A. F. S. (2014). *Avaliação da (In)satisfação com a Imagem Corporal: Estudo de Validação da Escala de Silhuetas de Collins para Crianças e Adolescentes Portugueses*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Consultada a 19 de setembro de 2017. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27202/1/TESE%20-%20Ana%20Filipa%20Simoes.pdf> ;
- Smolak, L. (2004). Body Image in Children and Adolescents: where do we go from here. *Body Image*, 1 (1), 15-28;
- Sousa, A. B. (2009). *Investigação em Educação*. (2.ª Ed.). Lisboa: Livros Horizonte.
- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 181-198;
- Teixeira, M.C.B. (2008). *Estudo de Atitudes e Comportamentos Alimentares numa População Adolescente*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Consultada a 29 de Maio de 2018. Disponível em:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18109/1/tese%20vers%C3%A3o%2023%20de%20maio%20final.pdf> ;

Teixeira, M.C.B, Pereira, A.T.F., Saraiva, J. M. T., Marques, M., Soares, M. J., Vaz, S. C., Valente, J., Azevedo, M. H, P. e Macedo, A. J. F. (2012). Portuguese Validation of the Children's Eating Attitudes Test. *Revista Psiquiatria Clínica*, 2012, 39(6): 189-93;

Teixeira, M.C.B. (2014). *Atitudes e Comportamentos Alimentares numa População Adolescente: O Papel do Perfeccionismo*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo de Medicina, especialidade de Clínica Pediátrica (Pediatria). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Consultada a 19 de setembro de 2017. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/25856>;

Teixeira, P. C. (2014). *Perfil de atividade física em pacientes com transtornos alimentares*. Tese de Doutoramento, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Consultado a 8 de junho de 2018. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-06032015.../teixeira_corrigida.pdf ;

UNICEF. (2011). Situação Mundial da Infância. Adolescência – uma fase de oportunidades. Consultado a 30 de julho de 2017. Disponível em https://www.unicef.pt/18/Relatorio_SOWC_2011.pdf ;

Vaz, A., Silva, D., Rego, C. & Viana, V. (2010). Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Alimentação Humana. Revista da SPCNA*. Volumen16, n.º2. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/silva/Downloads/REV_2010_2_031-036_RAH_2010_n2_4%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/silva/Downloads/REV_2010_2_031-036_RAH_2010_n2_4%20(1).pdf) ;

Vilela, J.E.M., Lamounier, J.A., Dellaretti Filho, M.A., Barros Neto, J. & Horta, G.M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*; 80(1): 49-54. Consultado a 9 de junho de 2018. Disponível em <http://www.anorexiaebulimia.com/documents/TranstornosAlimentaresemEscolares.pdf> ;

Viveiro, C., Brito, S. & Moleiro, P. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade Portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 34(1): 30-37. Consultado a 16 de

junho de 2018. Disponível em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902515000449/S300/> ;

World Health Organization [WHO]. (2004a). Global strategy on diet, physical activity and health. Consultado a 20 de julho de 2017. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf;

World Health Organization [WHO]. (2004b). Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Consultado a 20 de julho de 2017. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf ;_____

World Health Organization [WHO]. (2016). *Obesidade e excesso de peso*. Consultado a 25 de janeiro de 2017. Disponível em <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>;

Zordão, O.P., Barbosa, A., Parisi, T. S., Grasselli, C.S.M., Nogueira, D.A. & Silva, R.R. (2015). Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes em Minas Gerais (Brasil). *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* 35 (2): 48-56. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://revista.nutricion.org/PDF/352pizetta.pdf> .

Anexos

Anexo I – Questionário Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com a Imagem
Corporal



Questionário

Parte I

Caracterização

1. Idade: _____ anos
2. Sexo:
Masculino ☐ Feminino ☐
3. Peso: _____
4. Altura: _____
5. Ano de Escolaridade: _____ ano
6. Pratica exercício físico?
Sim ☐ Não ☐
Se sim: qual? _____
Quantas vezes por semana? _____
7. Habitualmente almoça na cantina ou em casa? _____
8. Como se desloca para a escola?
Transporte ☐ A pé ☐
9. Proveniência:
Meio urbano ☐ Meio rural ☐

10. Escolaridade dos pais:

Pai _____ Mãe _____

Parte II

Teste de Atitudes Alimentares para crianças e adolescentes- TAAc (Children Eating Atitudes Test; Malloney, 1988), validada para a população portuguesa por Teixeira *et al.* (2012)

Por favor, para cada uma das afirmações seguintes faz uma X na palavra/frase da resposta que mais se aplica a ti. Todos os resultados são corretos e confidenciais.

	Sempre	Muitíssimas Vezez	Muitas Vezez	Algumas Vezez	Raras Vezez	Nunca
1) Assusta-me ter peso a mais						
2) Evito comer quando tenho fome						
3) Penso em comida grande parte do tempo						
4) Tem havido vezes em que me sinto incapaz de parar de comer						
5) Corto a minha comida em pequenos pedaços						
6) Conheço as calorias dos alimentos que como						
7) Evito alimentos como pão, batatas fritas e arroz						
8) Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais						
9) Vomito depois de comer						
10) Sinto-me muito culpado(a) depois de comer						
11) Penso muito sobre querer ser mais magro(a)						
12) Penso em queimar calorias quando faço exercício						

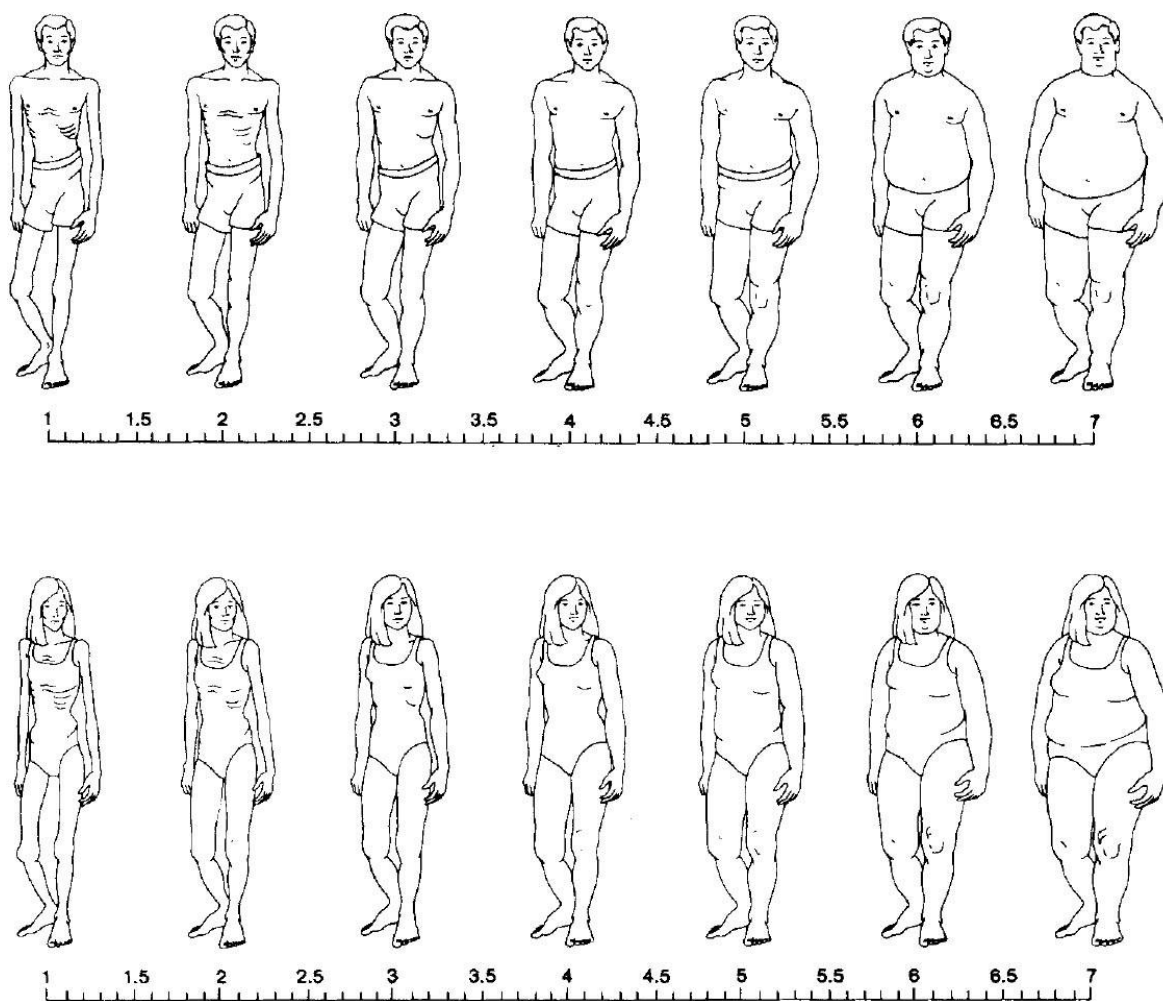
Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com a Imagem Corporal
em Estudantes do Ensino Secundário

13) Os outros pensam que estou muito magro(a)						
14) Penso muito se tenho gordura no meu corpo						
15) Demoro mais tempo do que os outros a comer as minhas refeições						
16) Evito alimentos com açúcar						
17) Como comida de dieta						
18) Penso que a comida controla a minha vida						
19) Consigo controlar-me com a comida						
20) Sinto que os outros me pressionam para comer						
21) Gasto demasiado tempo a pensar em comida						
22) Sinto desconfortável depois de comer doces						
23) Tenho andado a fazer dieta						
24) Gosto de sentir o meu estômago vazio						
25) Gosto de provar novas comidas apetitosas						
26) Tenho o impulso de vomitar depois de comer						

Escala de silhuetas de Collins

C.B.I.

Collins, 1991; Versão Portuguesa: Frontini, Moreira & Canavarro, 2012



Por favor, olha para as figuras apresentadas em cima para responderes às perguntas que te vamos fazer.

Para responderes, deves escolher um número, de 1 a 7, e colocar no espaço à frente da pergunta.

Por exemplo: se achas que a figura que se parece mais contigo é a terceira a contar da esquerda, deves

Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com a Imagem Corporal
em Estudantes do Ensino Secundário

colocar o número 3 na primeira pergunta.		
1. Qual destas imagens se parece mais contigo?		
2. Qual destas imagens mostra a forma como gostarias de ser?		
3. Qual destas imagens mostra a forma como achas que uma rapariga ou um rapaz da tua idade deve ser?		
Para cada pergunta, coloca um X na resposta que descreve o que tu pensas.		
1. Acho que sou:	Gordo(a)	
	Nem gordo(a) nem magro(a)	
	Magro(a)	
2. Eu gostava de:	Perder peso	
	Ganhar peso	
	Manter o peso que tenho	

Obrigada pela participação!

Anexo II- Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados ao
Diretor do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia de Bragança



Exmo. Sr.

Diretor do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia

Rua Eng.º Adelino Amaro da Costa
Bragança 5300-146

Bragança, 07 de novembro de 2016

Assunto: Pedido para administração de questionário

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Bragança, eu, Maria de Lurdes Pires, mestranda do respetivo mestrado, venho por este meio solicitar autorização para administração de um questionário sobre atitudes alimentares, integrado no tema da Dissertação “**Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com Imagem Corporal em Estudantes do Ensino Secundário**”. O questionário designa-se: Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes – TAAc (Children Eating Atitudes Test; Malloney, 1988) e integra, ainda, a Escala de silhuetas de Collins (Collins, 1991).

Pretende-se que a população da presente investigação seja constituída por estudantes do 10.º, 11.º e 12.º ano de escolaridades, já que o estudo visa fazer uma avaliação das

Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com Imagem Corporal em Estudantes do Ensino Secundário.

Mais se informa que o questionário que irá ser administrado é inteiramente inócuo e os dados recolhidos são confidenciais e anónimos. Será solicitado consentimento informado aos encarregados de educação.

Na expectativa de um bom acolhimento para o presente projeto, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

(Enfermeira Maria de Lurdes Pires)

Anexo III – Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados
aos Encarregados de Educação



Exmo

Encarregado de Educação, de estudante a frequentar o
Ensino Secundário no Agrupamento de Escolas
Emídio Garcia

Rua Eng.º Adelino Amaro da Costa
Bragança 5300-146

Bragança, 07 de novembro de 2016

Assunto: Solicitação de autorização para administração de questionário

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Bragança, eu, Maria de Lurdes Pires, mestranda do respetivo mestrado, venho por este meio solicitar autorização para administração de um questionário sobre atitudes alimentares, integrado no tema da Dissertação “Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com Imagem Corporal em Estudantes do Ensino Secundário”. O questionário designa-se: Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes – TAAc (Children Eating Atitudes Test; Malloney, 1988) e integra, ainda, a Escala de silhuetas de Collins (Collins, 1991).

Pretende-se que a população da presente investigação seja constituída por estudantes do 10.º, 11.º e 12.º ano de escolaridades, pelo que vimos por este meio pedir autorização a

V.Ex.^a, Encarregado de Educação do estudante

_____,
para a recolha de dados essenciais para a realização do estudo de investigação.

Informa-se que o questionário a ser administrado é inteiramente inócuo e os dados são confidenciais, podendo desistir do estudo em qualquer momento.

Por favor coloque uma cruz na opção que se refere ao seu educando:

Autorizo ☐

Não autorizo ☐

(Assinatura do Encarregado de Educação)

(Enfermeira Maria de Lurdes Pires)

Obrigada pela colaboração.

Anexo IV – Pedido e autorização para a utilização do Teste de Atitudes Alimentares para
Crianças e Adolescentes – TAAc “Children Eating Attitudes; Malloney, 1988”

De: nus Pires <nuspires@gmail.com>

Data: 13 de outubro de 2016 às 21:14

Assunto: Re: Pedido de aplicação de questionário

Para: maria del carmen bento teixeira <carmenbento@sapo.pt>

Boa noite Ex.ma Professora Doutora Maria Del Carmen, fico grata pela atenção dispensada autorizando a utilização do TAAC .

Com os melhores cumprimentos.

Maria de Lurdes Gonçalves Pires

No dia 13 de outubro de 2016 às 08:57, maria del carmen bento teixeira <carmenbento@sapo.pt> escreveu:

Bom dia M^a de Lurdes,

muitos parabéns pelos seu trabalho. É claro que autorizo a utilização da versão Portuguesa do TAAC, o qual anexo. Poderá obter mais informações sobre as dimensões no artigo publicado da validação.

Desejo as maiores felicidades, cordiais cumprimentos,

Carmen Bento
Professora Auxiliar
Faculdade de Medicina
Universidade de Coimbra

Citando nus Pires <nuspires@gmail.com>:

Ex.ma Professora Doutora, Maria Del Carmen Bento Teixeira, eu Maria de Lurdes Gonçalves Pires, encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e pretendo realizar um estudo sobre a Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)satisfação com a Imagem Corporal em Alunos do Ensino Secundário.

Nesse sentido, solicito a V. Exa.^a autorização para utilização do questionário Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes – TAAc “Children Aating Atitudes; Malloney, 1988”.

Grata pela atenção dispensada, Aguardo uma resposta da Ex.ma Professora Doutora Maria Del Carmen.

Com os melhores cumprimentos

Maria de Lurdes Gonçalves Pires

Anexo V - Pedido e autorização para a utilização da Escala de Silhuetas de Collins

De: nus Pires <nuspires@gmail.com>

Data: 13 de outubro de 2016 às 21:06

Assunto: Re: Autorização para a utilização da Escala de Silhuetas de Collins

Para: Roberta Frontini <roberta_frontini@hotmail.com>

Boa noite Ex.ma Professora Doutora Roberta Frontini ,fico grata pela atencao dispensada autorizando a utilizacao da Escala de Silhuetas de Collins.

Com os melhores cumprimentos.

Maria de Lurdes Gonçalves Pires

No dia 12 de outubro de 2016 às 23:20, Roberta Frontini <roberta_frontini@hotmail.com> escreveu:

Cara Maria de Lurdes:

Muito boa noite.

A mestre Ana Simões reencaminhou-me o seu e-mail onde pede autorização para utilizar a escala.

Em anexo envio-lhe o artigo original da autora bem como os documentos da escala. Se necessitar de mais alguma coisa, por favor, não hesite em contactar-me.

A escala ainda não está validada para a população portuguesa. Essa validação faz parte de um projecto de doutoramento que ainda está a decorrer, por isso nesse momento ainda só foi utilizada na tese de mestrado da Mestre Ana Filipa Simões.

Se tiver alguma dúvida, diga-me.

Se depois puder, teremos todo o interesse em saber como ficou o seu trabalho e que resultados obteve.

Bom trabalho e obrigada pelo seu interesse na escala.

Atenciosamente,

Roberta Frontini, PhD Student

**University of Coimbra & University of Lisbon - Inter-University PhD Program in Clinical Psychology, Family Psychology and
Family Intervention**

roberta_frontini@hotmail.com

CV - <http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=6671631365784560>

Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Rua do Colégio Novo
3000-115 Coimbra

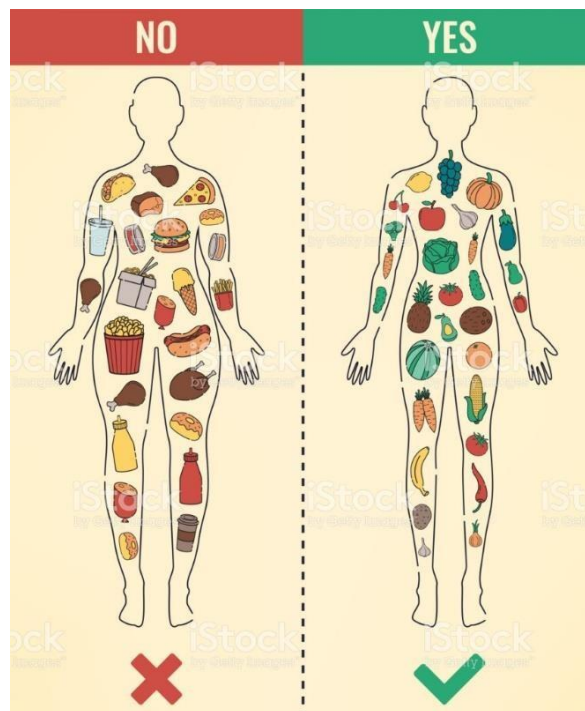
Latest article published - <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10826-015-0279-3>

Anexo VI – Projeto de Intervenção



Projeto de Intervenção

Corpo Saudável, Mente Sã



Maria de Lurdes Gonçalves Pires

Bragança,

1. Âmbito

O Projeto de intervenção – *Corpo Saudável, Mente Sã* - visa intervir na população em estudo, à mercê dos resultados obtidos ao nível da satisfação com a imagem corporal em adolescentes do ensino secundário da Escola Secundaria Emídio Garcia em Bragança, com o intuito de poder reduzir e/ou minimizar os comportamentos de risco, nomeadamente ao nível da prevenção do excesso de peso e da obesidade, procurando, assim, a obtenção de ganhos em saúde para os intervenientes e, por consequência para a própria comunidade e sociedade através de atitudes alimentares positivas e intervenções específicas no âmbito da prevenção e controlo do excesso de peso, obesidade e consequentemente insatisfação com a imagem corporal.

O desenvolvimento do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas assume-se como uma das prioridades de intervenção nos estilos de vida.

Os enfermeiros e, em especial, os que trabalham em Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária, no âmbito das suas competências, possuem um papel fundamental na comunidade, sendo este o foco e a razão dos seus cuidados. A educação para a saúde em ambiente escolar e a formação escolar em si, têm sido, mais do que nunca, decisivas já que permitem aprofundar conhecimentos, mudanças de atitudes e comportamentos ajustáveis a uma sociedade mais jovem e informada.

Assim, no âmbito da intervenção dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão clínica assente no processo de enfermagem e planeamento em saúde, permite, com uma estrutura organizada e integrativa, relacionar os diagnósticos de enfermagem com as intervenções e os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados (Figueiredo, 2012).

A intervenção dos enfermeiros, centradas na escola, como a promoção de estilos de vida e hábitos alimentares saudáveis, a distribuição de fruta e legumes, o fornecimento de refeições equilibradas só resultará se consolidadas no seio familiar, seja pela prática de atividade física da família, seja por adotar uma alimentação equilibrada, moldando o comportamento das crianças. Ou seja, mudando, efetivamente, os comportamentos (OE, 2012).

2. Enquadramento

As atitudes e comportamentos alimentares são adquiridos e desenvolvidos ao longo da nossa existência, desde a nossa infância e adolescência por intuição do seio familiar e da sociedade onde estamos inseridos. O padrão alimentar, que é traduzido pelas atitudes alimentares, é gerado por um processo de desenvolvimento e socialização. Este é o resultado de influências familiares e sociais, desde o seio familiar, conhecimento escolar, acesso à multiculturalidade e nível social (Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010).

A deteção precoce e a prevenção desses problemas são de extrema importância e prioridade, uma vez que afetam uma percentagem avultada da população adolescente e atualmente começa a manifestar-se em idades mais precoces e, por vezes, permanecem toda a vida (Teixeira, 2012).

Os distúrbios do comportamento alimentar, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5] (2014), são perturbações da alimentação e da ingestão, que resultam na alteração do consumo ou absorção dos alimentos que provoca défice na saúde física ou no funcionamento psicossocial (DSM-5, 2014).

O DSM-5 (2014) considera e descreve as perturbações da alimentação e ingestão: pica, mericismo, perturbação da ingestão alimentar evitante/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva.

A Obesidade não está incluída no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, 2014), por não ser considerada uma perturbação mental.

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais existe outra denominação, Distúrbios do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação, esta é utilizada quando o clínico não tem dados suficientes para diagnosticar uma patologia específica ou em situações em que os dados recolhidos não preenchem os critérios para nenhuma perturbação da alimentação ou da ingestão específica, não sendo possível classifica-la (DSM-5, 2014).

Os Distúrbios do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (DCASOE), de acordo com dados recolhidos em clínicas de ambulatório, representam, em média, 60% de todos os casos, comparativamente com 14,5% dos pacientes com anorexia nervosa e 25,5% dos utentes com bulimia nervosa (Fairburn, Cooper, Doll & Davies, 2005).

A incidência da Anorexia Nervosa em mulheres entre os 15 e os 19 anos de idade tem aumentado consistentemente desde 1930, atingindo o seu pico em meados dos anos 70; desde então parece que tem permanecido estável na Europa (Hoek, 2006).

No que respeita aos dados de prevalência na realidade portuguesa Machado, Gonçalves e Hoek (2006) realizaram um complexo estudo a nível nacional cuja metodologia utilizada consistiu em duas fases, incluindo uma amostra comunitária representativa da população jovem portuguesa de Norte a Sul do país e apresentou os seguintes resultados: a prevalência da anorexia nervosa foi calculada em 39%; a prevalência da bulimia nervosa foi de 30% e 2,37% para as perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação. À semelhança dos resultados obtidos em estudos realizados em contexto clínico, esta última categoria diagnosticada (perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação) representa 77,4% diagnosticados na comunidade, comparativamente com 13% para a anorexia nervosa e 10% para a bulimia nervosa.

A imagem corporal é um conceito transversal a toda humanidade, muito ligada à identidade pessoal. A preocupação com a aparência é uma constante na nossa sociedade, e no caso dos adolescentes por estarem mais sujeitos a essa pressão e a um grande número de alterações físicas e psicológicas, é necessário alguma atenção para que essa preocupação não seja excessiva (Castilho, 2003).

O conceito de Imagem Corporal engloba vários processos, sendo eles fisiológicos, psicoafetivos e sociais, em constante interação. Pode ser descrita como a construção psicológica que se refere às avaliações das pessoas sobre a sua aparência física (Vaz, 2010).

Outro juízo, intimamente ligado com a imagem corporal é o autoconceito, que se define pelo conhecimento que o próprio indivíduo desenvolve sobre si, o conhecimento de aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais. É um conceito multidimensional que pode ser dividido em três componentes básicos: o cognitivo, o afetivo e o comportamental. A componente cognitiva é vista com um conjunto de características que determina a sua personalidade e o seu comportamento, podendo ser ou não real e/ou objetivo. A componente afetiva abrange os sentimentos e as emoções que o próprio indivíduo sente por si mesmo, ou seja, a auto-estima. A componente comportamental refere-se ao juízo que o indivíduo faz sobre si mesmo (Martins, 2008).

A deteção precoce de certos distúrbios alimentares e a prevenção desses mesmos transtornos são essenciais, e para tal existem vários instrumentos para avaliar as atitudes alimentares.

2.1. Resultados do Estudo

Foi conduzido um estudo numa população de 563 adolescentes a frequentarem o ensino secundário da Escola Secundária Emídio Garcia em Bragança, desta foi selecionada uma amostra de 184 adolescentes. Este projeto baseia-se na investigação já conduzida e realizada com o intuito de Avaliar as atitudes alimentares dos estudantes do ensino secundário; Avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário; e Identificar a relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário.

O estudo foi realizado no período de janeiro a novembro de 2017, teve uma tipologia observacional-descritivo, de paradigma quantitativo, num plano transversal e analítico com a finalidade de dar resposta aos objetivos previamente definidos, permitindo verificar, simultaneamente, a natureza das relações que existem entre variáveis.

Para a análise e identificação das atitudes e comportamentos alimentares, foi escolhido um instrumento de recolha de dados um inquérito por questionário. A primeira parte, do questionário preenchido pelos adolescentes, era composta por 10 questões de resposta aberta relacionadas com a caracterização da amostra; na segunda parte do questionário encontrava-se o Teste de Atitudes Alimentares para crianças e adolescentes- TAAc, instrumento mais utilizado para avaliar transtornos alimentares em adultos e adolescentes em várias culturas, constituído por 26 questões e é respondido através de uma escala tipo Likert com 6 opções de resposta: “nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “muitíssimas vezes” e “sempre”.

Para avaliar a satisfação da imagem corporal aplicou-se o Questionário de Silhuetas de Collins que é utilizado para avaliar a satisfação com a imagem corporal das crianças e adolescentes. Este instrumento é um questionário efetuado através de figuras, com base num questionário de silhuetas para adultos de Stukard, Sorenson e Schulsinger (1983) (Collins, 1991).

A Escala de Silhuetas é composta por um conjunto de figuras, geralmente silhuetas ou desenhos esquemáticos, que variam de acordo com o tamanho corporal, peso e/ou musculatura. É solicitado ao jovem que escolha a imagem que considera mais parecida consigo atualmente, que se define por imagem corporal “real”, e a que gostaria de ter, definida por imagem corporal “ideal” (Simões, 2014).

Esta escala é constituída por uma sequência de sete silhuetas femininas e/ou masculinas, desenvolvidas para ilustrar o peso corporal, alterando da silhueta menos volumosa (1 – muito fina) para a mais volumosa (7 - obesidade). Para além, da avaliação real e ideal solicitada, é também pedido à criança/adolescente que indique se considera ser “gordo(a)”, “nem gordo(a) nem magro(a)”, “magro(a)” e outra questão se deseja “perder peso”, “ganhar peso”, ou “manter o peso que tem”; como é representado na Figura 4 (Collins, 1991; Simões, 2014).

Relativamente a esta escala de silhuetas, considera-se a variável classificação da imagem corporal como possibilidade de resposta: satisfeito ou não satisfeito. Na opção *satisfeito*, estão incluídos os alunos que manifestaram satisfação com o peso na variável imagem corporal e na opção *não satisfeito*, estão incluídos os alunos que manifestam vontade de ganhar ou perder peso na variável imagem corporal. Neste questionário, a discrepância entre a imagem corporal real e a ideal, é utilizada como indicador de insatisfação com a própria imagem (Simões, 2014).

Este instrumento apresenta vantagens por se recorrer a escalas com recurso visual, de aplicação fácil e rápida, que não dependem de competências verbais, como defende Hill (2011). A aplicação desta escala, uma vez que é um instrumento mais sofisticado e mais

No estudo intitulado “Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)satisfação com a Imagem Corporal em Estudantes do Ensino Secundário”, os principais resultados podem ser resumidos da seguinte forma:

- Participaram 184 alunos do ensino secundário dos quais 54,9% do sexo feminino e 45,1% eram do sexo masculino.
- Os alunos do sexo masculino apresentavam em média 16,61 anos e as alunas tinham idade média de 16,62.

- As raparigas tinham peso médio de 57,25 Kg e altura média de 1,63 m, enquanto os rapazes apresentavam de peso 66,52 Kg e de altura 1,74 m.
- Em termos de IMC, verificou-se que a média das raparigas foi de 21,63 e a dos rapazes foi de 22,03. Demonstraram que 85,15% das raparigas e que 81,93% dos rapazes apresentavam-se em estado nutricional normal.
- Observou-se que 65,2% afirmaram praticar exercício físico, sendo 52,5% rapazes e 47,5% raparigas. Observou-se que os rapazes praticam mais frequentemente desporto que as raparigas.
- Verificou-se ainda que 41,8% dos adolescentes almoçavam habitualmente na cantina da escola e 58,2% em casa.
- Neste estudo também se constatou que 69,9% dos inquiridos deslocam-se para a escola de transporte e 30,4% a pé.
- Quanto à proveniência verifica-se que a maioria, 75% vivem no meio urbano.
- Observou-se que 1,20% dos rapazes e 1,98% das raparigas estavam desnutridos; e 3,61% dos rapazes, e, 0,99% das raparigas estavam obesas.
- Determinada a satisfação da imagem corporal, através da diferença entre a silhueta atual e a silhueta desejada, podemos concluir que 14,1% dos alunos inquiridos manifestaram desejo de ganhar peso.
- Por outro lado, 38% dos inquiridos estava satisfeito com a imagem e com o peso que tinham.
- 47,8% dos alunos deseja perder peso.
- Confirmou-se que a maioria, 71,2% dos alunos inquiridos acha que não é gordo nem magro.
- Por outro lado, 17,4% dos inquiridos pensa que é gordo e 11,4% pensa que são magros.

- Quanto ao peso, 52,7% deseja manter o peso atual; 34,2% desejam perder peso; 13% desejam ganhar peso.
- 38% (70) dos alunos estava satisfeito com a imagem corporal e 62% (114) não estava satisfeito.
- Relativamente à relação entre as atitudes alimentares e o grau de (in)satisfação com a imagem corporal: as diferenças observadas apresentaram evidência estatística na dimensão cumprimento da dieta e controlo da ingestão alimentar.

Estes dados devem ser tidos como preocupantes, manifestando uma percentagem acima dos 60% de não satisfação com a sua imagem corporal. Nesse sentido, consideramos que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária assume aqui um papel crucial na educação para a saúde, pois a sua principal orientação reside na preservação da saúde individual e coletiva, dotando os adolescentes não apenas de conhecimentos e informações sobre a alimentação saudável, mas também deve promover a mudança de atitudes, valores e crenças que os ajudem a tomar decisões seguras e adequadas à proteção da sua saúde e imagem corporal.

3. Integração

O presente projeto encontra-se alinhado com o Programa Nacional de Saúde Escolar, no qual a Educação para Alimentação Saudável nas escolas se assume como uma das prioridades de intervenção nos estilos de vida. Encontrando-se igualmente em consonância com o âmbito de intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, pelo que a intervenção destes profissionais no contexto da educação alimentar é valorizada pela Ordem dos Enfermeiros, indicando que este é o profissional melhor qualificado para gerir projetos neste sentido.

O tema da alimentação saudável na adolescência afigura-se, portanto, importante e atual, pelo que os jovens integram um grupo prioritário de intervenção ao nível da educação alimentar e na adoção de estilos de vida saudáveis.

4. Organização e Parcerias

Gestor/Coordenador do projeto: Enfermeira Maria de Lurdes Gonçalves Pires, do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Cliente/Utilizador: Alunos matriculados no 10º, 11º e 12º ano da Escola Secundária Emídio Garcia em Bragança.

Intervenientes:

- Alunos da Escola Secundaria Emídio Garcia em Bragança
- Responsável pelo Projeto: Enfermeira Maria de Lurdes Gonçalves Pires
- Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Santa Maria (UCC) e Sé (USP)
- Parcerias:
 - ✓ Comissão Científica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança (IPB)

- ✓ Agrupamento de Escolas
- ✓ Associação de Estudantes da Escola Secundária Emídio Garcia
- ✓ Departamento de Psicologia do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) –
Escola Superior de Saúde (ESSa);
- ✓ Equipa de Saúde Escolar integrada nos Cuidados de Saúde Primários do
Centro de Saúde de Santa Maria (UCC)
- ✓ Unidade de Saúde Pública integrada nos Cuidados de Saúde Primários do
Centro de Saúde da Sé
- ✓ Instituto Português da Juventude (IPJ)
- ✓ Câmara Municipal de Bragança e Junta de Freguesia
- ✓ Departamento de Formação Contínua da Unidade Local de Saúde do
Nordeste (ULSNE)

Sujeitos das ações: o indivíduo, sua família e a comunidade.

Níveis de intervenção: formações sobre os resultados da temática em estudo, promoção da saúde, reforço dos conhecimentos sobre alimentação saudável e prevenção da insatisfação com a imagem corporal dos adolescentes do ensino secundário

Caráter das ações: aplicáveis a adolescentes.

5. Período de Intervenção

Início: janeiro de 2017

Fim: julho de 2019

6. Plano de Ação

O Plano de Ação do presente projeto de intervenção comunitário encontra-se delineado em duas fases fundamentais, que a seguir se descrevem:

1ª Fase: Identificação as atitudes alimentares dos estuantes do ensino secundário. Nesta fase, procedeu-se à recolha de dados que caraterizam os adolescentes da Escola Secundaria Emídio Garcia em Bragança.

Os principais objetivos desta fase foram:

- Avaliar as atitudes alimentares dos estudantes do ensino secundário;
- Avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário;
- Identificar a relação entre as atitudes alimentares e o grau de satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário.

Após a recolha desta informação e análise dos dados recolhidos, iniciamos a implementação da **2ª Fase** do projeto de intervenção comunitária, com reuniões com as equipas de execução do projeto, no sentido de consolidar as estratégias de atuação de forma multidisciplinar e concertada, englobando os seguintes aspetos:

- Transmitir e consolidar conhecimentos gerais sobre comportamentos alimentares saudáveis nos adolescentes com base no estudo realizado
- Desaconselhar os principais comportamentos e atitudes de risco prevalentes no estudo realizado
- Promover uma discussão saudável sobre dúvidas entre todos os intervenientes
- Reconhecer a importância de uma alimentação saudável
- Refletir sobre o papel dos encarregados de educação e dos professores nesta temática.

Corpo Saudável, Mente Sã

Objetivo Geral: Identificar e analisar os conhecimentos, comportamentos e traços de personalidade destes adolescentes, procurando-se potenciar os conhecimentos e reduzir os comportamentos alimentares de risco.

População-alvo: Adolescentes da Escola Secundária Emídio Garcia em Bragança

Objetivos específicos	Atividades	Local	Ações previstas	Data
Sensibilização dos profissionais de saúde (todos os parceiros) para a necessidade de prevenção dos comportamentos alimentares de risco dos adolescentes.	Realização de reuniões de esclarecimento e sensibilização com (todos os parceiros), profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde) do Centro de Saúde de Santa Maria e Sé, motivando a intervenção nos comportamentos de risco e no controlo da exposição a esses comportamentos no contexto da sua prática clínica quotidiana.	Centro de Saúde Santa Maria e Centro de Saúde da Sé	2	Jan a Fev 2016
Sensibilização da comunidade educativa para os comportamentos alimentares de risco e prevenção desses comportamentos nos adolescentes.	Implementação de intervenções no âmbito escolar (sessões de educação para a saúde e atividades), com a população de adolescentes, prevenindo os distúrbios do comportamento alimentar, promovendo a cessação de comportamentos de risco e motivando uma consciencialização crescente para a redução desses comportamentos.	Escola Secundária emídio Garcia de Bragança,	3	Março a Maio 2016
Potenciar a comunicação sobre alimentação saudável entre adolescentes, professores encarregados de educação.	Execução de ações de sensibilização para docentes e pais/encarregados de educação dos jovens da referida escola, abordando os comportamentos alimentares desviantes e as vantagens de uma alimentação saudável que reduzam esses comportamentos.	Escola Secundária Emídio Garcia de Bragança,	3	Ao longo do projeto



Desmistificar determinados tabus, preconceitos e mitos associados à imagem corporal na adolescência, no âmbito da comunidade.	Realização de sessões de educação para a saúde sobre a temática da alimentação saudável e malefícios dos comportamentos de risco na comunidade, visando a imagem corporal real e desejada.	Freguesias da Sé/Santa Maria e Meixedo	3	Ao longo do projeto
Desenvolver a divulgação do projeto nos meios de comunicação locais (rádio, jornais, boletins informativos e <i>outdoors</i>).	Divulgação do projeto e sensibilização sobre a temática nos meios de comunicação locais (rádio, jornais e boletins) e através de <i>outdoors</i> , podendo envolver os adolescentes na realização do material de divulgação.	Distrito de Bragança	-	Ao longo do projeto

6.1. Planeamento das Sessões de Intervenção

Sessão	Área de intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Duração	Local
1	Adolescência	1. Definição e conceito 2. Fases da adolescência 3. Principais mudanças 4. Importância do grupo de pares	Maria Lurdes Gonçalves Pires (Enfermeira)	Junho 2017	2H	Escola Secundária Emídio Garcia em Bragança
2	Conhecimentos sobre alimentação saudável	1. O que realmente os adolescentes sabem 2. Fontes de conhecimento 3. O que eles ainda não sabem 4. A comunicação como ferramenta eficaz para a construção de conhecimentos	IPJ, Departamento de Formação Contínua da ULSNE	Julho 2017	2H	
3	Comportamentos alimentares dos adolescentes	1. O que os adolescentes realmente comem 2. Comportamentos de risco 3. Perigos para a saúde 4. Como tomar decisões conscientes nas escolhas alimentares	Departamento de Psicologia do IPB e Equipa de Saúde Escolar	Setembro 2018	2H	Autarquias locais
4	Mudança	1. O que dizem os estudos 2. Como prevenir comportamentos de risco 3. Treino de competências de assertividade 4. Envolvimento dos encarregados de educação, profissionais de saúde e professores	Equipa multidisciplinar do UCC e USP Associação de Estudantes	Outubro 2019	2H	

7. Avaliação

A avaliação irá ser realizada pela Gestora/Coordenadora do projeto, com base nos indicadores de estrutura, de processo, resultado e desempenho.

Os indicadores de estrutura associam-se aos recursos materiais e humanos que serão avaliados ao longo da implementação do projeto (Tabela 1).

Tabela 1. Indicadores de Estrutura

Indicadores de Estrutura Humanos	Indicadores de Estrutura Materiais
<input type="checkbox"/> Equipa dinamizadora do projeto;	✓ Material específico para o desenvolvimento das ações de sensibilização;
<input type="checkbox"/> Diretores de turma e professores;	✓ Sala de formação/reunião;
<input type="checkbox"/> Formadores externos;	✓ Computador portátil;
✓ Encarregados de educação;	✓ Vídeo projetor;
✓ Técnicos de saúde (e.g., enfermeiros, médicos).	✓ Tela de projeção;
	✓ Papel para impressão dos questionários.

Os **indicadores de processo** que serão tidos em consideração serão apresentados em função das fases que se encontram consignadas para a implementação do programa de intervenção.

Indicadores de processo
<ul style="list-style-type: none">▪ Tempo para planeamento de cada atividade▪ Tempo para realização de cada atividade▪ Avaliação de cada atividade▪ Percentagem de ações desenvolvidas▪ Índice de participação da população-alvo nas atividades

Os **indicadores de resultado** serão avaliados em 2020 através da realização de uma investigação com características idênticas às do presente trabalho.

É previsível que em 2020 os objetivos propostos sejam alcançados.

É previsível que em 2020 os objetivos propostos sejam alcançados.

Com a intervenção deste projeto, pretende-se obter resultados positivos e criar impacto na população estudantil.

Reduzir em 60% os problemas relativamente aos transtornos / distúrbios alimentares dos jovens;

Aumentar a satisfação da imagem corporal de 38% para 50%

Aumente para 50%, a envolvimento dos pais e encarregados de educação em programas educativos e presença na escola.

Indicadores de resultados

▪ **Conhecimentos dos adolescentes sobre alimentação saudável**

Fontes de informação/conhecimentos

Atitudes alimentares

Imagem corporal

Satisfação da sua imagem corporal

▪ **Comportamentos alimentares dos adolescentes**

Distúrbios alimentares

Alimentação saudável

Os **indicadores de desempenho** serão avaliados ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade. O indicador de desempenho considerado

será a redução de comportamentos alimentares de risco, sendo que os critérios de avaliação deste projeto serão:

- Verificar se os objetivos foram atingidos;
- Realizar o diagnóstico de prevalência dos comportamentos de risco da população-alvo;
- Analisar a relação entre os resultados encontrados e os meios mobilizados para os atingir;
- Apreciar em que medida as decisões foram tomadas em tempo útil, obtendo o máximo de efeitos desejados;
- Apreciar a eficácia das estratégias de atuação multidisciplinar e concertada.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5]. 5ª Edição. Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-347-8.
- Castilho, S.M. (2003). A imagem corporal. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 25(2):126. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a16.pdf>.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Davies, B. A. (2005). Identifying Dieters Who Will Develop and Eating Disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2249-2255. Consultado a 14 de setembro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16330587>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - uma ação colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, Prevalence And Mortality of Anorexia Nervosa And Other Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 289-394.
- Martins, D.F., Nunes, M.F.O. & Noronha, A.P.P. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*. 10(2): 94-105. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n2/v10n2a08.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *O papel dos enfermeiros na promoção de uma alimentação saudável*. Texto formulado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Consultado a 6 de janeiro de 2018. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Opapeldosenfermeirosnepromo%C3%A7%C3%A3odeumaalimenta%C3%A7%C3%A3osaud%C3%A1vel.aspx>
- Teixeira, M.C.B, Pereira, A.T.F., Saraiva, J. M. T., Marques, M., Soares, M. J., Voz, S. C., Valente, J., Azevedo, M. H, P., Macedo, A. J. F. (2012). Portuguese Validation of the Children's Eating Attitudes Test. *Revista Psiquiatria Clínica*, 2012, 39(6): 189-93.

Vaz, A., Silva, D., Rego, C. & Viana, V. (2010). Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Alimentação Humana. Revista da SPCNA*. Volumen16, n.º2. Consultado a 8 de dezembro de 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/silva/Downloads/REV_2010_2_031-036_RAH_2010_n2_4%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/silva/Downloads/REV_2010_2_031-036_RAH_2010_n2_4%20(1).pdf).

Anexo VII – Relatório de Estágio



Relatório das Atividades Desenvolvidas

Estágio II

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Mestrando:

Maria de Lurdes Gonçalves Pires,
N.º 10426

Orientadoras:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes
Professora Doutora Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira

Bragança, julho de 2017



Relatório das Atividades Desenvolvidas no Estágio II

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

“Trabalho realizado pelo mestrando Maria de Lurdes Gonçalves Pires, no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, julho de 2017

Lista de Acrónimos e Siglas

CLAS – Conselhos Locais de Ação Social
CPCJ – Comissão de Proteção a Crianças e Jovens
CRI – Centro de Respostas Integradas
CS – Centro de Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IPB – Instituto Politécnico de Bragança
PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PRESS – Programa Regional Educação Sexual em Saúde Escolar
RSI – Rendimento Social de Inserção
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde personalizados
USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

Introdução	1
1. Âmbito da Enfermagem Comunitária	3
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	4
Unidade de Cuidados na Comunidade	5
Unidade de Saúde Pública	6
Na Unidade de Saúde Pública (USP) são desenvolvidas funções executivas nas áreas do Planeamento da Saúde, na Vigilância Epidemiológica e Coordenação de Programas e Projetos de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença da população, Autoridade de Saúde, Laboratório Regional de Saúde Pública e Observatório Regional de Saúde	6
2. Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas	7
Estágio de primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária	7
Estágio de segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.....	9
3. Notas Finais e Reflexão Crítica	12
Referências Bibliográficas	15
Anexos.....	17
Anexo I – Ceia de Natal Saudável	18
Anexo II – Projeto da Alimentação Saudável – “Lanches Saudáveis”	19

Introdução

No âmbito da unidade curricular - Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança elaborou-se este Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária.

A Ordem dos Enfermeiros considera a Enfermagem Comunitária fundamental na prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, ao longo de todo o seu ciclo vital, o que exige a “(...) formação de peritos de elevada competência humana, técnica, científica e relacional, nesta área da especialidade.” (Guia Orientador e Avaliação de Estágio, 2015/2016, p. 2).

O primeiro estágio decorreu nos Centros de Saúde de Bragança, com uma carga horária total de 150 horas, no período de 7 de março a 8 de julho de 2016. O ensino clínico II decorreu nas seguintes Unidades: Unidade de Saúde Pública - Centro de Saúde da Sé (20 horas); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - Centro de Saúde de Santa Maria (60 horas) e Unidade de Cuidados na Comunidade - Centro de Saúde de Santa Maria (70 horas).

O segundo estágio decorreu entre o dia 23 de setembro de 2016 e o dia 10 de fevereiro de 2017, concretizado na Unidade de Saúde Escolar.

O objetivo deste Estágio é adquirir competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A realização deste Relatório de Estágio tem como objetivos:

- 1) Descrever as experiências vivenciadas e informações assimiladas ao longo dos estágios.
- 2) Refletir sobre as atividades realizadas.

A estrutura deste relatório é composta da seguinte forma:

Numa primeira parte faço uma breve reflexão sobre o âmbito da Enfermagem Comunitária e das Unidades de Cuidados na Comunidade e de Saúde Pública.

Na segunda parte faço uma Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas durante o meu estágio.

Numa terceira parte denominei como Notas Finais, a um apanhado de todo o percurso.

Para concluir, uma breve reflexão sobre a aquisição de conhecimentos e as experiências vivenciadas neste estágio.

1. Âmbito da Enfermagem Comunitária

A Enfermagem Comunitária centra-se sobretudo na comunidade. Neste sentido o Enfermeiro especialista deve, através dos seus conhecimentos e da sua experiência clínica, ter capacidade de dar resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos, nos cuidados de saúde primários.

A Enfermagem Comunitária tem a sua prática centralizada na população e a sua finalidade é a promoção para obter comunidades saudáveis, direccionando-se para todos os grupos etários, desenvolvendo-se em vários locais da comunidade e incluindo a educação para a saúde e manutenção, o diagnóstico de saúde das populações, o tratamento da doença, o restabelecimento e reintegração do indivíduo, a coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados ao indivíduo, família e comunidade (Miguel & Sá, 2010).

Os Enfermeiros fazem da relação que estabelecem com a pessoa que pretendem ajudar, a sua arma terapêutica, sendo uma área base do Serviço Nacional de Saúde, pois enquadra-se e contextualiza-se nos mais variados ambientes (Miguel & Sá, 2010).

Perante os problemas de saúde pública colocados pelos cidadãos e através de uma avaliação multicausal, segundo o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (D.R., Regulamento n.º 128/2011) estes profissionais têm competências para a elaboração e desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades, com vista à promoção da saúde coletiva e no exercício da cidadania. Por conseguinte, existem múltiplos contextos de atuação, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, não descorando a avaliação dos resultados obtidos segundo a interação com as comunidades e os seus recursos.

Segundo a responsabilidade para a identificação das necessidades e assegurando a continuidade dos cuidados, os Enfermeiros Especialistas evidenciam-se nas atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (D.R., 2011).

No âmbito de avaliação de competências, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e consequente Título de Enfermeira Especialista, este relatório demonstra várias ações realizadas, que vão de encontro aos pilares das competências

pretendidas. Segundo o Regulamento n.º 128/2011, existem quatro grandes competências como:

1. Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
2. Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
3. Integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
4. Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para a consolidação destas competências, o plano de estudos do curso de Mestrada em Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) perconiza a realização de um estágio com os seguintes objetivos:

1. Elaborar um diagnóstico da Situação de Saúde de uma População/Comunidade;
2. Intervir na comunidade (mercê do diagnóstico da situação de saúde), com base na metodologia do Planeamento em Saúde;
3. Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
4. Integrar as intervenções, nos Planos de Atividades das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), com base no diagnóstico da situação de saúde.

Para a concretização deste estágio, foram eleitas as Unidades de Cuidados na Comunidade e de Saúde Pública dos Centros de Saúdes de Bragança I e II, respetivamente.

Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

A Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) tem uma estrutura idêntica à prevista para as Unidades de Saúde Familiar e presta cuidados personalizados aos utentes, a nível individual e familiar, que assentam em equipas multiprofissionais. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros, assistente técnicos e operacionais. (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, art.º 10º).

A UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a

globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.

Cada UCSP tem um coordenador designado de entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitado com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efetiva na especialidade (DGS, 2011; ARS, 2016).

A UCSP dos Centros de Saúde (CS) de Bragança I e II - Unidade da Sé e Unidade de Santa Maria, respetivamente, disponibilizam para a população consultas programadas; Consultas de vigilância de grupos vulneráveis abrangendo a Saúde Materna e a Saúde Infantil e Juvenil; Consultas de vigilância de grupos de risco; Consultas de rastreio; Consultas abertas e Administração de terapêutica, tratamentos e vacinação (ULSNE, 2016).

Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem como objetivo principal contribuir para o bem-estar geral, com foco na melhoria do estado de saúde da população, de uma determinada área geográfica onde incide a sua intervenção, promovendo a obtenção de ganhos em saúde.

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de risco ou dependência funcional (...), atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (DR, 2009, p. 15438).

À UCC compete assegurar as suas funções através de uma carteira básica de serviços. A carteira de serviços da UCC incide sobre a promoção de estilos de vida saudáveis, em parceria com outras instituições, em todo o ciclo de vida.

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados, os projetos dependem da área de intervenção e da população-alvo. Tendo como áreas de atuação a Intervenção precoce, a Saúde Escolar, Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), a Preparação para a Parentalidade (carteira adicional), a Comissão de Proteção a Crianças e Jovens em risco

(CPCJ), os Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), Programa Regional Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESS), a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o Rendimento Social de Inserção (RSI) e a Unidade Móvel de Saúde.

Unidade de Saúde Pública

Na Unidade de Saúde Pública (USP) são desenvolvidas funções executivas nas áreas do Planeamento da Saúde, na Vigilância Epidemiológica e Coordenação de Programas e Projetos de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença da população, Autoridade de Saúde, Laboratório Regional de Saúde Pública e Observatório Regional de Saúde.

“Numa perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar deve potenciar as competências de cada grupo profissional e contribuir, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação às necessidades em cuidados de saúde (...) assegurar os recursos técnicos e matérias (...).”
(Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009 citado por Ferreira, 2010, p. 21).

Este departamento, de Saúde Pública, tem como objetivos operacionais a Implementação do Plano Nacional de Saúde, Promover o diagnóstico da infeção por HIV/SIDA, Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação / vacinação contra a gripe sazonal, Avaliar, Melhorar o acesso a consultas de apoio à Cessação Tabágica e consolidar e alargar a abrangência do processo de contratualização, sendo este objetivo partilhado com o Departamento de Contratualização. (ARS Norte, 2014, p.30)

2. Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas

A realização dos estágios teve lugar nos Centros de Saúde de Bragança, nas Unidades da Sé e de Santa Maria.

Estágio de primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

No meu primeiro estágio tive a oportunidade de integrar as equipas de cuidados a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, na Unidade de Cuidados na Comunidade e na Unidade de Saúde Pública.

Esse foi um estágio muito dinâmico que decorreu nos Centros de Saúde de Bragança, com uma carga horária total de 150 horas, no período de 7 de março a 8 de julho de 2016. O ensino clínico II decorreu nas seguintes Unidades: Unidade de Saúde Pública - Centro de Saúde da Sé (20 horas); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - Centro de Saúde de Santa Maria (60 horas) e Unidade de Cuidados na Comunidade - Centro de Saúde de Santa Maria (70 horas).

Em todos os locais de estágio estabeleci uma boa relação com toda a equipa de saúde, administrativas, auxiliares e utentes, como habitualmente na minha prática profissional. A integração na equipa multidisciplinar foi feita de forma gradual, contínua mas rápida e sempre demonstrando interesse de participação em todas as atividades desenvolvidas. Considero que estabeleci uma comunicação clara e aberta com os utentes mantendo e respeitando-os em toda a sua dimensão bio-psico-sociocultural e uma linguagem verbal e escrita científica e correta para com todos os profissionais de saúde. Não descurando a privacidade e o sigilo profissional, que nos é imposto pelo código deontológico da profissão.

Na Unidade de Cuidados Personalizados, posso assegurar que estabeleci uma relação de ajuda/terapêutica com o utente e família, desenvolvendo uma comunicação funcional, criei oportunidades para que os utentes pudessem exprimir os seus sentimentos, dúvidas e preocupações, esclarecendo-os utilizando uma linguagem apropriada, para motivar o utente a participar ativamente no planeamento do seu processo de cuidados. Foi

gratificante poder sentir que transmitia confiança e conhecimentos para poder estabelecer uma relação terapêutica com os utentes e famílias.

Consoante está descrito e não sendo uma novidade, organizei os Cuidados de Enfermagem, dependendo dos casos concretos que tive a oportunidade de participar. Realizando intervenções de enfermagem de acordo com os problemas reais e potenciais identificados para cada utente/família, quer na USCP quer na UCC.

Após a organização dos cuidados, realizei consultas de enfermagem de acordo com as áreas de atuação de vigilância dos grupos vulneráveis planei e realizei, com orientação, consultas de Saúde da Mulher, vigilância de grupos de risco (Hipertensos, Diabéticos, casos de Dislipidemias, Idosos, Asma e DPOC) e consultas de Rastreio.

Quer no centro de saúde quer nos domicílios, executei tratamento de feridas, administrei terapêutica injetável e vacinação. De modo a prestar cuidados de acordo com as necessidades de cada utente ao nível preventivo/curativo em regime ambulatorio/domicílio e sempre, o mais atempadamente possível, foram efetuados os registos nos programas informáticos.

Na Unidade de Cuidados na Comunidade, especificamente na Unidade de Cuidados Continuados Integrados, na Unidade de Santa Maria, mostrei interesse e acompanhei a Enfermeira na deslocação aos domicílios, que aconteceu, para o tratamento de feridas e úlceras de pressão. Assim como, acompanhei a Enfermeira Cristina Fernandes e executei tratamentos e exercícios de reabilitação, a utentes com diversas patologias e necessidades diferentes, desde treinos de marcha, cinesioterapia, ginástica localizada ativa e passiva.

A Unidade de Saúde Pública diferencia-se pelos objetivos a que se propõe, que por sua vez tem como alicerce programas já implementados, nomeadamente a coordenação da vacinação a nível distrital sob a responsabilidade de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. O Laboratório de Saúde Pública é o local onde se realizam análises a amostras de águas, esfregaços de alimentação nas escolas, lares. Fazem também parte do programa a análise de ondas de calor e de frio, de ruídos, entre outros. Enquadra ainda a Consulta do Viajante em Macedo de Cavaleiros, assim como, os Rastreios de HIV na Unidade Móvel percorrendo as aldeias e durante as semanas académicas, contempla ainda os Rastreios e Consultas para Diagnóstico Pneumológico no Estabelecimento Prisional de Izeda e de Bragança, no Centro de Respostas Integradas (CRI) e a

trabalhadoras sexuais. Durante a frequência no Estágio, desenvolvi e explorei as atividades inerentes aos programas que constituem parte desta Unidade de Saúde Pública. Estas atividades foram realizadas na cidade de Bragança, no estabelecimento prisional de Izeda e em aldeias, enumeradas em seguida:

27/09/2016 – Rastreio de rua em aldeia

11/10/2016 – Rastreio HIV Bragança – Praça da Sé

14/10/2016 – Programa Auto-estima

09/11/2016 – Rastreio HIV Bragança – Estação

23/11/2016 – Rastreio HIV Bragança – Praça da Sé

30/11/2016 – Comemoração Luta Mundial contra a Sida

14/12/2016 – Rastreio HIV Bragança – Estação

21/12/2016 – Rastreio HIV Bragança – Aldeia

06/01/2017 – Programa Auto-estima

11/01/2017 – Rastreio HIV Bragança – Praça da Sé

18/01/2017 – Rastreio HIV Bragança – Aldeia

10/02/2017 – Rastreio HIV Bragança – Aldeia e Estabelecimento Prisional de Izeda

Estágio de segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

A realização do meu segundo estágio esteve essencialmente ligado à Saúde Escolar.

De acordo com o meu estudo intitulado “Avaliação de Atitudes Alimentares e (In)Satisfação com a Imagem Corporal em Estudantes do Ensino Secundário”, direcionei o meu estágio, depreendo que, na capacitação em saúde como uma estratégia da maior

pertinência, visando dotar o sistema de saúde de parceiros ativos na gestão da saúde (promoção da saúde) e da doença (autocuidados).

Considerando os jovens um bom público e ainda em processo de personalização, desempenhei várias ações e educações para a saúde, por forma a alcançar um estilo de vida mais saudável.

Por considerar a escola como um espaço seguro e saudável, por este motivo é um local que, por si só, deve facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis. A escola constitui o local onde deve incidir uma atuação no sentido de promover e manter a saúde, tanto da comunidade educativa como da comunidade envolvente (DGS, 2015).

De acordo com o objetivo e programas de promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, atuei, intervindo junto da comunidade jovem, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar.

O Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) é um programa desenvolvido pelo Departamento de Saúde Pública, que na cidade de Bragança se encontra a funcionar nas instalações da Unidade de Santa Maria do Centro de Saúde de Bragança II.

Este programa tem como objetivo determinante a promoção da alimentação saudável, a correção de escolhas alimentares, proporcionando também o desenvolvimento do autoconceito e autoimagem, e conseguir transmitir conhecimentos para adquirir competências na tomada de decisões sobre este tema. Através da dimensão comunitária este programa utiliza uma abordagem interativa, com o intuito de enfatizar um ambiente promotor de comportamentos adequados de saúde (PASSE, 2017).

Neste sentido, de intervir na comunidade escolar com a Enfermeira Ana Patrícia Vieira no Agrupamento de Escolas Abade de Baçal e no Agrupamento de Escolas Emídio Garcia em Bragança, onde colaborei nas seguintes atividades:

- Sinalização do Dia Mundial da Alimentação

Onde foi feita uma sensibilização aos alunos do Pré-escolar e do 1º ciclo alusivas à alimentação saudável - “Os mínimos e Alimentação saudável”.

Foi realizada uma organização conjunta com a turma PTAS3 de uma campanha de angariação de alimentos, com o propósito de sinalizar o dia supramencionado. Esta ação de voluntariado pretendeu: recolher bens alimentares; oferecer os alimentos às famílias mais carenciadas da cidade de Bragança; desenvolver valores de solidariedade e de cidadania; sensibilizar os jovens e funcionários da Escola e restante comunidades educativa para a escassez de recursos. Os alimentos foram depositados em contentores próprios, colocados junto da entrada principal da escola durante a semana, de 17 a 21 de outubro de 2016, posteriormente os alimentos foram entregues numa IPSS da cidade.

- Ceia de Natal Saudável (Anexo I).

- Projeto da Alimentação Saudável – “Lanches Saudáveis”

Segundo este projeto foi elaborada uma seção de educação para a saúde e foi realizada a elaboração de panfletos que foram distribuídos nas seções (Anexo II).

- “Sensibilização: Bebidas saudáveis neste verão”

Esta ação foi realizada dia 10 de maio de 2017, onde se promoveu a sensibilização à turma dos Jovens Promotores de Saúde da EB3 - Secundária Emídio Garcia em conjunto com a nutricionista visando a elaboração de bebidas saudáveis. Substituição de refrigerantes por batidos e sumos de baixo aporte energético e de excelente valor nutricional.

3. Notas Finais e Reflexão Crítica

Este relatório, é mais um documento escrito que pretende informar, descrever, analisar e refletir, fazendo uma retrospectiva do que foi realizado na intervenção junto da comunidade perante a realidade e avaliar se os objetivos foram atingidos.

Neste meu percurso, na busca de mais conhecimento e qualificação na área da Enfermagem Comunitária, tive a oportunidade de transferir para os meus atos profissionais, enquanto enfermeiro e enquanto estagiário, os conhecimentos científicos adquiridos na teoria, para a prática do bem cuidar.

Considero que alcancei os objetivos propostos nos campos de estágio onde, oportunamente, realizei diagnósticos e intervenções. Neste documento foram relatadas as áreas de atuação, assim como o exercício das minhas funções na obtenção de novas vivências, tornou-se uma mais-valia na intervenção e acompanhamento da comunidade, na promoção da saúde e prevenção da doença, podendo porém não descrever na sua totalidade todas as ações e conhecimentos que obtive.

Segundo o conceito de reflexão crítica, é pretendido efetuar uma descrição e análise do decorrer de todo o ensino clínico, por forma a fazer uma reflexão abrangente e individual. Complementar o meu percurso com a minha visão e crítica de um campo de estágio que me ajudou a crescer como pessoa e profissional e de saúde.

Esta reflexão, sobre todo o trabalho observado e realizado, é importante na avaliação de todos os aspetos e tomar consciência das ações e atitudes, assim como dos conhecimentos adquiridos e realçados.

O trajeto cumprido desde o reconhecimento à realização de atividades inerentes ao contexto de Estágio, considero ter sido de extrema relevância na aprendizagem que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, nos vários itens do planeamento, investigação e intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária, fortalecendo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

De uma forma global, na avaliação crítica de todas as atividades desenvolvidas neste estágio, sinto-me satisfeita com o meu desempenho. Consciente que foquei todo o meu

esforço e empenho no decorrer desta etapa, assim como já é minha prática, no desempenho da minha profissão.

Convicta de que após este percurso adquiri as competências exigidas para o cumprimento profissional como Especialista em Enfermagem Comunitária. Estas competências passam por avaliar o estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos seus objetivos e, por fim mas não menos relevante, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Assim, com base nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, as minhas atividades desenvolvidas em estágio, efetuaram-se de acordo com:

1 – Estabeleci com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

1.1. – Elaborei o Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade;

1.2. – Estabeleci as Prioridades em Saúde de uma Comunidade;

1.3. – Formulei Objetivos e Estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

1.4. – Participei em Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

1.5. – Colaborei Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

2 – Contribui para o Processo de Capacitação de grupos e comunidades;

2.1. – Colaborei em Processos Comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

2.2. – Integrei-me nos Processos de Mobilização e de Participação Comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: Enfermagem, Educação, Comunicação, Ciências Humanas e Sociais;

2.3. – Procedi à Gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade;

3 – Integrei e participei na Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

3.1. – Participei na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 – Realizei e cooperei na Vigilância Epidemiológica de âmbito geodemográfico;

4.1.– Procedi e participei na Vigilância Epidemiológicas dos Fenómenos de Saúde/Doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Com a realização deste Estágio, foi possível a aquisição e aprofundamento de competências comuns e específicas e foi enriquecedor e muito construtivo, possibilitando a consciencialização da aquisição de novas competências e domínios, no âmbito da prevenção de controlo de infeção em pessoa em situação crítica e no que diz respeito à gestão de cuidados.

Na finalização deste relatório, com a aquisição de mais conhecimentos científicos e com a aplicação desta informação teórica num ambiente autêntico e colocá-la em prática, considero que adquiri domínio em certas competências, que enriqueceram à partida toda a minha prestação de cuidados gerais.

Concluindo este processo considero que atingi os objetivos a que me propus, e delineados para a obtenção de grau de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Referências Bibliográficas

- Administração Regional da Saúde do Norte. (2014) *Plano de atividades 2013*. Consultado a 20 de junho de 2017. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/A%20ARS%20Norte/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Ficheiros/Plano_Atividades_ARSN_2013.pdf
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT]. (2016). *Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados*. Consultado a 12 de junho de 2017. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/570~>
- Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009. *Despacho n.º 10143/2009, artigo 3.º, alínea 2 – Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. p. 15438.
- Diário da República, 2ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro*. Pgg. 8648-8653.
- Diário da República, 2ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Pgg. 8667-8669.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Coordenação Estratégica*. Consultado a 13 de junho de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2015 – Plano Nacional de Saúde Escolar*.
- Ferreira, J.F.B.C.. (2010). *Contributo das Unidades de Saúde Familiar Norte enquanto Instrumento de Apoio ao Envelhecimento*. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar [PASSE]. (2017). *Programa PASSE*. Consultado a 15 de junho de 2017. Disponível em http://www.passe.com.pt/abrir/programa_passe

Unidade Local de Saúde do Nordeste [ULSNE]. (2016). *Cuidados de Saúde Primários*. Consultado a 12 de junho de 2017. Disponível em <http://www.ulsne.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>

Anexos

Anexo I – Ceia de Natal Saudável



Anexo II – Projeto da Alimentação Saudável – “Lanches Saudáveis”



- Refrigerantes (ice-tea, colas...)
- Folhados
- Bolos pastelaria
- Donuts
- Croissants
- Madalenas
- Bolachas recheadas ou com cobertura
- Bolos com pepitas ou recheados
- Palitos com creme de chocolate
- Pães de leite
- Pizzas
- Batatas fritas
- Snacks salgados

Sugestão de merendas/lanches para uma semana

Merenda da Manhã	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
1 leite integral de aromas	1 kgure magro de aromas	1 leite + 1 triângulo de queijo	1 pãozinho de leite simples + 1 banana	1 pãozinho de leite com chocolate + 1 colher de sopa de azeite de oliva	1 kgure integral com 1 colher de chá de mel
1 pãozinho de mistura com 1 fatia de queijo e rodelas de tomate + 22 linguiças de soja					

Lanches Escolares




Por favor, Saúde na lancheira do seu filho!

IFTT Se ULSNEO Saúde Escolar

2016/2017


A importância das pequenas refeições

As merendas/lanches são pequenas refeições que ajudam a uma melhor utilização dos nutrientes e da energia pelo organismo evitando a falta de concentração ou quebra de desempenho físico e intelectual. Por outro lado, ajudam a moderar o apetite para o almoço e jantar, contribuindo para um maior equilíbrio alimentar e consequentemente para o melhor controle do peso.




Procure produtos simples e naturais, evite tudo o que seja demasiadamente processado. Os primeiros além de serem nutricionalmente mais ricos, são na grande maioria das vezes bastante mais baratos.

Classificação dos lanches



- Leite simples magro ou meio-gordo
- Queijinhos
- Iogurtes naturais ou de aromas (de preferência com menos de 5g açúcar/100ml mas até um máximo de 12g)
- Fruta fresca ou desidratada
- Puré ou sumo de fruta sem açúcar
- Pão (variar: integral, mistura, centeio, sementes...)
- Para colocar no pão: fiambre, queijo, creme vegetal para barrar (margarina), doces/marmelada(com menos de 50g de açúcar/100g de produto)
- Vegetais: palitos de cenoura, rodelas de tomate, alface...
- Frutos oleaginosos: nozes, amêndoas, avelãs...
- Flocos de aveia, muesli sem açúcar.



- Bolachas simples
- Sumos de fruta com açúcar
- Barritas de cereais
- Leites com sabores/açúcar
- Iogurtes e queijinhos infantis com mais de 12g de açúcar/100ml
- Palitos com queijo
- Pão de forma
- Cereais de pequeno-almoço
- Fatia de bolo caseiro
- Purés de fruta com açúcar
- Para colocar no pão: chouriço, salame, creme de chocolate...